

外傷記録チャート

来院日 令和 年 月 日

フリガナ

氏名

受傷場所 (例)「学校の階段で転んだ」、「校庭の鉄棒にぶつけた」等、具体的にご記入ください。

※今回受傷した歯は、以前にも受傷したことがありますか？ (はい・いいえ)

受傷状況

- 1.歯が完全に抜け落ちましたか？ (はい・いいえ)
2.出血はありましたか？ (はい・いいえ)
3.歯の位置がずれた気がしますか？ (はい・いいえ)
4.その他、気が付いたことがありましたら、なるべく具体的にご記入ください。 (はい・いいえ)

受傷後の処置

- 1.すぐに他院を受診した (はい：病院名 _____ ・いいえ)
2.簡単な消毒をした (はい・いいえ)
3.特に処置はせず、すぐに来院した (はい・いいえ)

その他、心配なことがありましたらご記入ください。

ありがとうございました。

(Teeth,Bone,Soft) ————

MOBILITY (+ , # , +++)

TREATMENT METHOD : OBS • RESIN PLATE • WIRE+RESIN • DBS+WIRE

RESULT : GOOD • NEED OBS-EXT / 1M

COMMENT:



ビバ歯科・矯正小児歯科
VI-VA DENTAL CLINIC