

学校歯科健康診断に伴う歯科矯正相談における結果報告書（説明書）

年 月 日

患者氏名			
検査日	年 月 日	年齢・性別	歳 か月 男・女
学校歯科健診の実施日または通知日	年 月 日	学校名	
ヘルマンの歯齢	<input type="checkbox"/> IA:乳歯未萌出期 <input type="checkbox"/> IC:乳歯萌出開始期 <input type="checkbox"/> IIA:乳歯萌出完了期 <input type="checkbox"/> IIC:第一大臼歯、前歯萌出開始期 <input type="checkbox"/> IIIA:第一大臼歯、前歯萌出完了期 <input type="checkbox"/> IIIB:側方歯群交換期 <input type="checkbox"/> IIIC:第二大臼歯萌出開始期 <input type="checkbox"/> IVA:第二大臼歯萌出完了期 <input type="checkbox"/> IIVC: 第三大臼歯萌出開始期 <input type="checkbox"/> VA:第三大臼歯萌出完了期		
検査項目および所見 (実施した項目および該当する項目は✓または○で囲んでいます)	エックス線写真	<input type="checkbox"/> デンタル	<input type="checkbox"/> パノラマ <input type="checkbox"/> セファロ
	写真	<input type="checkbox"/> 口腔内	<input type="checkbox"/> 顔面
	顔面（正面）	<input type="checkbox"/> 左右対称	<input type="checkbox"/> 左右非対称
	顔面（側面）	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 凸型（上顎が出ている） <input type="checkbox"/> 凹型（下顎が出ている）	
	歯型の模型	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	かみ合わせの異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（経過観察を含む） ↳ <input type="checkbox"/> 反対咬合(受け口) <input type="checkbox"/> 上顎前突(出っ歯) <input type="checkbox"/> 開咬(上下の前歯が開いている) <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	歯並びの異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（経過観察を含む） ↳ <input type="checkbox"/> 叢生 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	永久歯の先天欠如	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ↳ <input type="checkbox"/> 前歯 <input type="checkbox"/> 小臼歯 <input type="checkbox"/> 大臼歯	
萌出に問題のある永久歯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↳ <input type="checkbox"/> 前歯 <input type="checkbox"/> 小臼歯 <input type="checkbox"/> 大臼歯		
口の機能の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ↳ <input type="checkbox"/> 口の習癖 <input type="checkbox"/> 咀嚼 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 発音 <input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
保険診療の対象となる疾患	<input type="checkbox"/> あり・疑いあり(疾患名:) * <input type="checkbox"/> なし * <input checked="" type="checkbox"/> なしの場合でも、精密検査を行っていないため確定診断ではありません。		
結果	<input type="checkbox"/> 上記項目で「 <input checked="" type="checkbox"/> あり・疑いあり」の場合は、保険適用の可能性があるので、施設基準を取得している専門医療機関をご紹介します。 (紹介医療機関名:) <input type="checkbox"/> 今後、矯正治療が必要になる可能性があります。なお、現時点では保険適用ではありませんので、自費診療になります。		

※上記は 年 月時点での診断結果です。今後、お子様の成長や発育に伴って、将来的に歯並びやかみ合わせ等が変わり矯正治療が必要になる場合があり、この場合は、再度精密な検査・診断が必要になります。

保険医療機関名（担当歯科医師）： ()