

(様式1)

# 口腔ヒアルロン酸治療認定医申請用症例報告

(1症例につき1枚使用してください)

報告歯科医師名 \_\_\_\_\_

【治療部位】 \_\_\_\_\_

治療日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

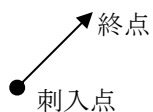
【患者プロフィール】 20代・30代・40代・50代・60代・70代以降 \_\_\_\_\_

女性・男性 \_\_\_\_\_

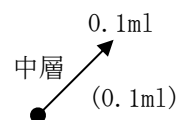


## \*顔面イラストへの記入方法

(記入例)



- ・1か所に点状に注入した場合は、注入場所に注入量を記載
- ・注入深度を記載 (浅層・中層・深層)
- ・スレッドで注入した場合は、()書きで注入量を記載



\*使用薬剤 \_\_\_\_\_

## 【歯肉への注入もしくは創傷部（縫合部を含む）への応用】

- ・注入部位を示し、注入量を記入 (テルプラグ・スポンゼル等)
- ・抜歯窩への適用の場合 (部位 \_\_\_\_\_ 使用した補填剤 \_\_\_\_\_ 薬剤使用量 \_\_\_\_\_)



\*使用薬剤 \_\_\_\_\_

◆認定医の申請には、歯肉・法令線・マリオネットライン・口唇の4部位の症例報告が必要です。  
症例報告（様式1）に、術前・術後の写真を添付して提出してください（いずれも術直後で可）。  
用紙が足りない場合は、HPよりダウンロードもしくはコピーしてご利用下さい。