別添資料

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	□ⅠA:乳歯未萌出期 □ⅡA:乳歯萌出完了期 □ⅢA:第一大臼歯、前歯萌出完了期 □ⅢC:第二大臼歯萌出開始期 □ⅣC: 第三大臼歯萌出開始期	□ⅠC:乳歯萌出開始期 □ⅡC:第一大臼歯、前歯萌出開始期 □ⅢB:側方歯群交換期 □ⅣA:第二大臼歯萌出完了期 □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	□デンタル　□パノラマ　□セファロ	
	写　真	□口腔内　□顔面	
	顔面（正面）	□左右対称　□左右非対称	
	顔面（側面）	□正常　□凸型（上顎が出ている） □凹型（下顎が出ている）	
	歯型の模型	□あり　□なし	
	かみ合わせの異常	□あり　□なし（経過観察を含む ） ↳ □反対咬合(受け口) □上顎前突(出っ歯) □開咬(上下の前歯が開いている) □その他（　　）	
	歯並びの異常	□あり　□なし（経過観察を含む ） ↳ □叢生 □その他（　　）	
	永久歯の先天欠如	□あり　□なし　□不明 ↳ □前歯　□小臼歯　□大臼歯	
	萌出に問題のある永久歯	□あり　□なし ↳ □前歯　□小臼歯　□大臼歯	
	口の機能の問題	□あり　□なし ↳ □口の習癖　□咀嚼　□嚥下　□発音 □呼吸　□その他（　　）	
保険診療の対象となる疾患	□あり・疑いあり(疾患名：　　)　※□なし ※☑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	□上記項目で「☑あり・疑いあり」の場合は、保険適用の可能性がありますので、施設基準を取得している専門医療機関をご紹介いたします。 （紹介医療機関名：　　） □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）：　　（　　）