

症例提出モデルシート オーナーリテイナー

提出症例基準

※下記に当てはまる症例については提出不可となります。

- ①埋入本数が少なく、補綴学的に明らかに過重負担となっているケース。
- ②患者の経済的理由で無理な設計をしたケース。
- ③十分な骨量があるにもかかわらず、あまりに短いインプラントを使用しているケース。
- ④インプラント上部補綴後3年経過していないケース。

Authority試験は50症例の症例一覧表と8～10症例のレントゲン及び口腔内写真を提出

※同一患者でも埋入時期及びブロックが違えば、2症例とみなして差支えありません

パノラマ画像はCT画像引用でも差支えありません

* Authority試験は50症例の症例一覧表提出

* 50症例のうち8~10症例の術前、術直後、補綴物装着後3年のパントモレントゲン(CT可)及び 術前、術中(術直後)、補綴物SET後の口腔内写真を提出すること。

(口腔内写真は五枚法もしくは、術野が写っていれば可)

* 8~10の提出症例には以下の条件の症例を入れること。

①前歯部審美症例

②上顎洞を挙上した症例(GBRなどの症例でも可)

③全顎症例(オーバーデンチャーを含む)を入れること。

1回OPEの全顎症例で無くても、計画的にOPEをし、結果として全顎になった症例も全顎症例として良い。

* 提出書類はパワーポイント、PDF、キイノートで作成する。

一覧表はワード、エクセルでの作成でも良い。

* 提出は電子媒体(USBメモリーなど)にて提出。

(電子媒体での提出が出来ない場合は事務局に連絡ください)

* 提出した症例の他に、試験委員が確認を必要と判断した場合は1~2症例の追加を求める場合があります。

症例一覧表

歯科医師名:

診療医院名:

症例番号	患者略称	性別	年齢	症例部位	OPE日	インプラントタイプ	OPE方式	補綴種類	補綴装着日
1	N.N.	M	56	47, 46	1995.12.05	二回法、RBM	Normal	metalSeramic Crown	1996.03.12
*									
5	M.T.	W	58	45, 43, 33, 35	2010/9/8	2回法、MS	フラップレス	可徹式総義歯	2010/12/15
*									
*									
8	T.K.	M	48	26,27	2013/7/10	二回法、HAコート	ソケットリフト	MetalHybrid Cwown	2014/2/3
*									
15	K.N.	W	52	41,32	2010/5/16	一回法、ワンピース	スプリットクレスト	ジルコニアセラミック	2010/8/25
*									
*									
50	M.S.	M	46	21	2009/6/9	二回法、SLA	GBR	SeramicCrown	2009/12/15

* クリニカルは20症例まで

* MSはマシン削り出し

* 以上の症例は私が施術しました。

資料作成日:

施術者のサイン:

症例番号

- ①患者名（イニシャル） 性別（M,W） 年齢（OPE時）
- ②初診日（OPEの診断日）
- ③OPE日、補綴物SET日
- ④OPE部位
- ⑤フィクスチャーのメーカー名、サイズ
- ⑥GBRなどOPEの方式（Normal,ソケットリフトなど）
- ⑦補綴物の種類、維持方式の記載

患者氏名(イニシャル可)

術前、部位記載

術前パノラマレントゲン(CTの2D切出しで代用可)
術直前のパノラマレントゲンが無い場合は
初診時もしくは術直後のパノラマ(CT)で代用可

インプラントサイズ記載

日付を記載

患者氏名(イニシャル可)

術後、部位記載

術後3年経過パノラマレントゲン
(CTの2D切出し画像で代用可)

インプラントサイズ記載

日付を記載

術前口腔内写真(必ずしも5枚法でなくとも良い。術部位は必要。)

上顎咬合面観

ミラー像の場合は左右の調整

側面観

正面観

側面観

下顎咬合面観

ミラー像の場合は左右の調整

撮影部位(OPE部位)、撮影日の記載

術中口腔内写真(術中が無ければ補綴模型の写真でも可)



最低1枚、可能であれば複数枚。

撮影部位(OPE部位)、撮影日の記載

術後口腔内写真(必ずしも5枚法でなくとも良い。術部位は必要。)

上顎咬合面観

ミラー像の場合は左右の調整

側面観

正面観

側面観

下顎咬合面観

ミラー像の場合は左右の調整

撮影部位(OPE部位)、撮影日の記載