

患者様にお願い

記入に要するトータルの時間はどのくらいでしたか？:()分

次の食品について、下の回答方法から(2, 1, 0, □、△のいずれか)現在の状況に最も近いものを選んで、()の中に書き入れてください。

【回答方法】

(2)容易に食べられる (1)困難だが食べられる (0)食べられない
(△)義歯になってから食べたことがない (□)嫌だから食べない

【記入してください】

- | | | | | | |
|-------------|-----|--------------|-----|------------|-----|
| 1. あられ | () | 2. (生)あわび | () | 3. いか刺し | () |
| 4. いちご | () | 5. かまぼこ | () | 6. (生)きゃべつ | () |
| 7. (ゆで)きゃべつ | () | 8. こんにゃく | () | 9. (煮)さといも | () |
| 10. スルメ | () | 11. 酢だこ | () | 12. (漬)大根 | () |
| 13. (煮)たまねぎ | () | 14. (古漬)たくあん | () | 15. 佃煮こんぶ | () |
| 16. (揚)鳥肉 | () | 17. (焼)鳥肉 | () | 18. (漬)なす | () |
| 19. (生)人参 | () | 20. (煮)人参 | () | 21. バナナ | () |
| 22. ハム | () | 23. ピーナッツ | () | 24. (焼)豚肉 | () |
| 25. りんご | () | | | | |

ご協力ありがとうございました。

図 4

日本補綴歯科学会 医療問題検討委員会編
補綴歯科治療の難易度を測定するプロトコル (JPS Version 1.04)

術後診査票

施設 _____

カルテ番号 _____

担当医 _____

コーディネーター _____

記録年月日 平成 年 月 日

本プロトコルの記録は、補綴治療が終了した後にご記入ください。

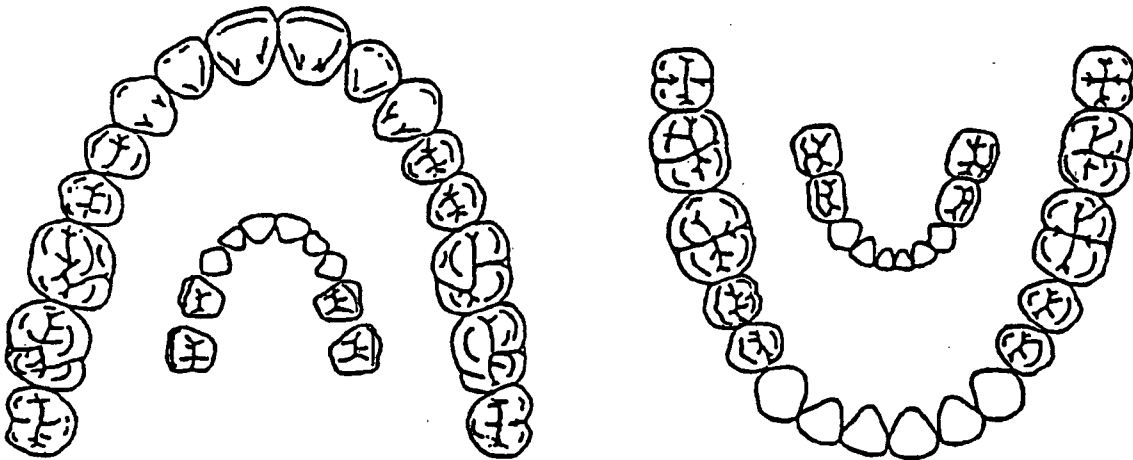
患者情報

カテゴリー 歯質欠損, 部分歯列欠損, 全部歯列欠損 (複数選択可)

<治療内容>

- ①クラウン・ブリッジ (種類)
- ②インプラント義歯 (種類)
- ③可撤性部分床義歯 (種類)
- ④全部床義歯 (種類)

(部位を以下の図に書き込んでください)



<術者の治療後の難易度の評価>

1) 本症例の難易度はどの程度でしたか?

だれでもできる

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 誰がやっても難しい

2) 歯の欠損形態, 口腔顔面形態などに関する難易度はどの程度でしたか?

だれでもできる

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 誰がやっても難しい

3) 身体社会的な難易度はどの程度でしたか?

だれでもできる

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 誰がやっても難しい

4) 精神心理学的な難易度はどの程度でしたか?

だれでもできる

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 誰がやっても難しい

<治療期間>

治療に要した総期間： () 年 () か月

<治療回数>

治療に要したのべ回数： () 回

<治療時間>

一回の治療に要した平均時間： () 時間

<総治療費>

合計保険点数 () 点

合計私費費用 () 円

<治療の転帰>

補綴終診 中断 転医 その他 ()

ご協力ありがとうございました。

図1

評価用紙2 (部分歯列欠損)

(網掛部 に記入もしくはチェックをお願いします。)

診査項目	難易度	項目内の比重(点数)	内容				項目間の比率		
1. 咬合三角 (宮地分類に準ずる)	level I	10	<input type="checkbox"/>	areaA; 支持数10~, 欠損 1~8歯			<input type="checkbox"/>		
	II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B; // 9~5, // 5~15					
	III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C; // 4~0, // 19~28 (10歯未満残存, 少数残存)					
	IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D; // 4~0, // 10~18 (類すれ違い咬合)					
2. 欠損様式 (遊離端:小臼歯, 前方遊離端:犬歯 の残存状況を基準)	<input type="checkbox"/>	I	10	<input type="checkbox"/>	片側中間欠損(~2歯)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	上顎	II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	遊離端(全小臼歯残), 前方(両犬歯残), 片側中間(3歯~)	下顎 <input type="checkbox"/>			
		III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	// (一部小臼歯), // (片側犬歯)				
		IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	// (小臼歯無), // (犬歯無)				
3. 補綴空隙 ・垂直方向 (人工歯, ダミーのスペース) ・水平方向(被蓋)	I	10	<input type="checkbox"/>	人工歯, ポンティック排列十分可(8mm~)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	// 削合で基質が露出(4~8mm)					
			<input type="checkbox"/>	// 排列不可(2~4mm)					
			<input type="checkbox"/>	顎堤に咬合接触, メタルのみ被覆可(~2mm)					
	I	10	<input type="checkbox"/>	正常被蓋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	軽度の反対咬合, 交叉咬合, 缺状咬合, 過蓋咬合					
			<input type="checkbox"/>	重度の //					
			<input type="checkbox"/>	上下顎のdiscrepancy顕著(排列不可)					
4. 残存歯列, 周囲組織の状況 項目内の比重(点数)	level I	10	<input type="checkbox"/>	無, 軽度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	低				中等度	
			<input type="checkbox"/>	良好, 軽度				中等度	高
			<input type="checkbox"/>	良好, 軽度				中等度	重度
5. 欠損部顎堤形状 項目内の比重(点数)	level I	10	<input type="checkbox"/>	良好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	良好, 問題無				中等度	顕著な骨隆起有
			<input type="checkbox"/>	無				中等度	不良
			<input type="checkbox"/>	無				中等度	有
100							総計		

- * 臨床経験上, 各診査項目内のlevel I ~ IVの比重について, 最も易しいlevel I を10とした時の点数(0~9)を各欄に記入して下さい。(難易度が高い程, 点数は低くなります。level I ~ IVの数値は逆転しても結構です。最も易しいレベルを10として下さい。)
- * 各診査項目間の占める比重について100%表示で右欄に記入して下さい。(難易度に関わる比率が高い程, 数値は大きくなります。5項目の合計が100になるようにして下さい。)
- * 本症型分類に関する意見を下記にご自由にお書き下さい。

評価用紙2 (歯質欠損)

(網掛部 に記入もしくはチェックをお願いします。)

診査項目		内容				項目間の比率
診査歯		対象歯_____	要処置歯数_____			
		level I	level II	level III	level IV	
1	項目内の比重(点数) 【歯髓の有無】	10 有髓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	項目内の比重(点数) 【残存歯質】 ・残存軸面or壁面数 ・歯質の高さ ・齲蝕 ・歯髓(有髓歯のみ) ・穿孔,亀裂,除去困難ホスetc.(無髓歯のみ)	10 <input type="checkbox"/> 3面以上 <input type="checkbox"/> 歯肉縁上2mm~ <input type="checkbox"/> 無, 軽度 <input type="checkbox"/> 健全 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2面 <input type="checkbox"/> 0~2mm <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 残存歯質薄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1面 <input type="checkbox"/> 縁下 <input type="checkbox"/> 歯髓到達 <input type="checkbox"/> 歯髓到達 <input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 骨縁下 <input type="checkbox"/> 骨縁下 <input type="checkbox"/> 要抜髓 <input type="checkbox"/> 明確に有り	<input type="checkbox"/>
3	項目内の比重(点数) 【歯列不正, 位置異常】 ・転位, 捻転, 歯根近接 ・対合歯挺出 ・審美性(前歯のみ) ・顎偏位, 咬合位不安定(全顎)*	10 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 形態修正不要 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 補綴処置で修正可 <input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 要矯正, 外科 <input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/>
4	項目内の比重(点数) 【齲蝕罹患傾向】 ・修復歯+齲蝕歯数	10 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 少	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	項目内の比重(点数) 【歯周疾患】 ・口腔内清掃状況(全顎) ・動揺度(以下対象歯のみ) ・X線(歯槽骨吸収) ・根分岐部病変(X線, プローブ) ・ポケット ・プロービング時の出血	10 <input type="checkbox"/> 清掃良,問題無 <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> 殆ど無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ~3mm <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> ~1/3 <input type="checkbox"/> 陰影軽度, ~3mm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> 1/3~1/2 <input type="checkbox"/> プローブ貫通 <input type="checkbox"/> 3~6mm <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 重度, 不良 <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> 1/2~ <input type="checkbox"/> 陰影明確,3mm~ <input type="checkbox"/> 6mm~	<input type="checkbox"/>
100						総計

* 臨床経験上, 各診査項目内のlevel I ~IVの比重について, 最も易しいlevel Iを10とした時の点数(0~9)を各欄に記入して下さい。

(難易度が高い程, 点数は低くなります。level I ~IVの数値は逆転しても結構です。最も易しいレベルを10として下さい。)

* 各診査項目間の占める比重について100%表示で右欄に記入して下さい。

(難易度に関わる比率が高い程, 数値は大きくなります。5項目の合計が100になるようにして下さい。)

* 本症型分類に関する意見を下記にご自由にお書き下さい。

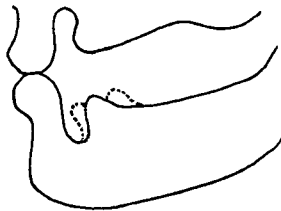
評価用紙2 (無齒顎)

(網掛部 に記入もしくはチェックをお願いします。)

診査項目		内容										比率(項目間)
1	欠損部顎堤形態 項目内の比重(点数) ・顎堤高さ(垂直) ・顎堤断面形態(頬舌)	<input type="checkbox"/> 上	level I 10 高(10mm~)	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 低(~5mm)	<input type="checkbox"/> 平坦	<input type="checkbox"/> 下	level I 10 高(5mm~)	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 低(~0mm)	<input type="checkbox"/> 平坦,凹型	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> U型	<input type="checkbox"/> UV中間	<input type="checkbox"/> V型	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> U型	<input type="checkbox"/> UV中間	<input type="checkbox"/> V型	<input type="checkbox"/>		
2	粘膜性状 項目内の比重(点数) ・固さ ・厚み	<input type="checkbox"/> 厚	10	<input type="checkbox"/> 硬	<input type="checkbox"/> 軟	<input type="checkbox"/> フラビ~,広範囲炎症	<input type="checkbox"/> 厚	10	<input type="checkbox"/> 硬	<input type="checkbox"/> 軟	<input type="checkbox"/> 極軟	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 薄	<input type="checkbox"/> 極薄	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 薄	<input type="checkbox"/> 極薄				
3	対向関係 項目内の比重(点数) 矢状断前後関係 前頭断左右関係 前頭断顎堤, 顎間左右差	level I 10		level II		level III		level IV		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/> 良, 軽度の反対・過蓋咬合	<input type="checkbox"/> 偏位無, 少	<input type="checkbox"/> 無, 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度の反対・過蓋咬合	<input type="checkbox"/> 偏位中等度	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 重度の反対・過蓋咬合	<input type="checkbox"/> 偏位大		<input type="checkbox"/> 顕著	
4	習癖等 項目内の比重(点数) ・異常習癖, 舌位etc. ・嘔吐反射	<input type="checkbox"/> 無	10	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 舌位異常, 弄舌癖有	<input type="checkbox"/> 舌位異常, 弄舌癖有	<input type="checkbox"/> 顕著	<input type="checkbox"/> oral dyskinesia等	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5	その他 項目内の比重(点数) ・骨隆起,顎堤アンダーカット,小帯位置 ・唾液量,性状	<input type="checkbox"/> 無	10	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 1項目	<input type="checkbox"/> 多,粘液・漿液性	<input type="checkbox"/> 2項目	<input type="checkbox"/> 量少	<input type="checkbox"/> 3項目	<input type="checkbox"/> 僅少,極多	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
											100	
											総計	

- * 臨床経験上, 各診査項目内のlevel I ~ IVの比重について, 最も易しいlevel Iを10とした時の点数(0~9)を各欄に記入して下さい。
(難易度が高い程, 点数は低くなります。level I ~ IVの数値は逆転しても結構です。最も易しいレベルを10として下さい。)
- * 各診査項目間の占める比重について100%表示で右欄に記入して下さい。
(難易度に関わる比率が高い程, 数値は大きくなります。5項目の合計が100になるようにして下さい。)
- * 本症型分類に関する意見を下記にご自由にお書き下さい。

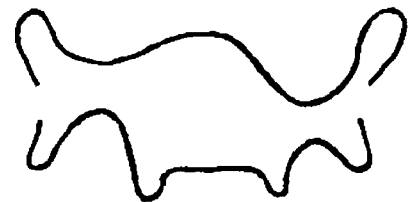
対向関係



矢状断前後関係



前頭断左右関係



前頭断顎堤, 顎間左右差

診療ガイドライン作成のためのアンケート調査－クリニカルクエスチョン（CQ）－

質問にお答え下さい（□は該当項にチェックをつけてください）

質問 1：臨床経験年数はどのくらいですか？

 研修医 2～5年未満 5～10年未満 10年以上

質問 2：（社）日本補綴歯科学会の会員（専門医、指導医）ですか？

 非会員 会員（ 補綴歯科専門医 補綴歯科指導医 を取得済み ）

質問 3：あなたは補綴歯科治療に対しどのような臨床的疑問をお持ちでしょうか？

臨床的疑問の書き方は、下に示すような形式でお書きください。今回は特に欠損補綴に関するCQを募集いたします。例と同じでもかまいません。1個以上、5個以内でお書き下さい。

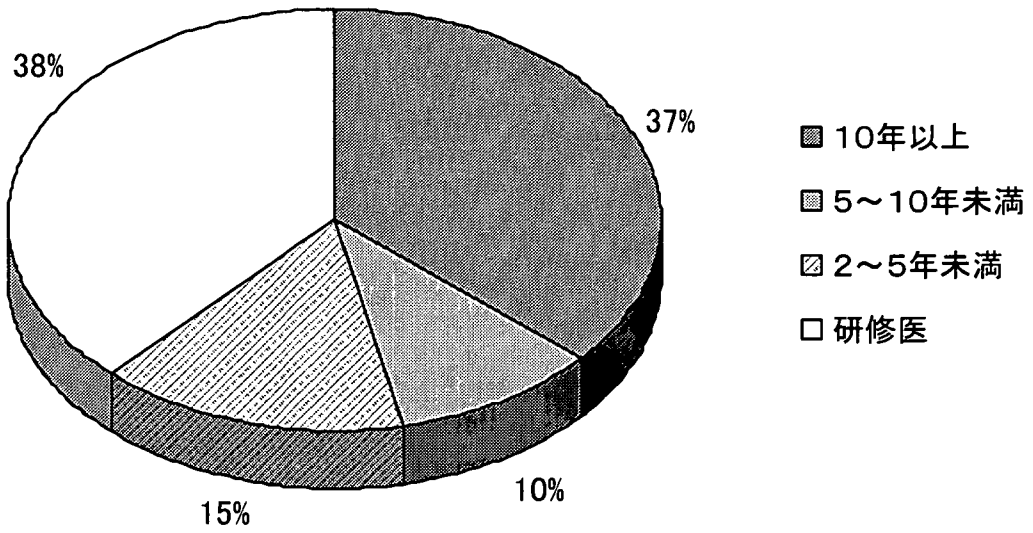
どんな症状に どんな検査・治療に	～は	～よりも	効果があるか？ 有効か？ どの程度か？
例 1) 義歯装着後の	リコールは	－	3か月毎が適当であるか
例 2) 咬合検査に	下顎運動検査は	－	有効であるか
例 3) 1 歯中間欠損において	インプラント治療は	その他の補綴治療より	有効であるか
①			
②			
③			
④			
⑤			

質問 4：補綴歯科治療における診療ガイドライン作成に対するご意見を自由にお書き下さい。

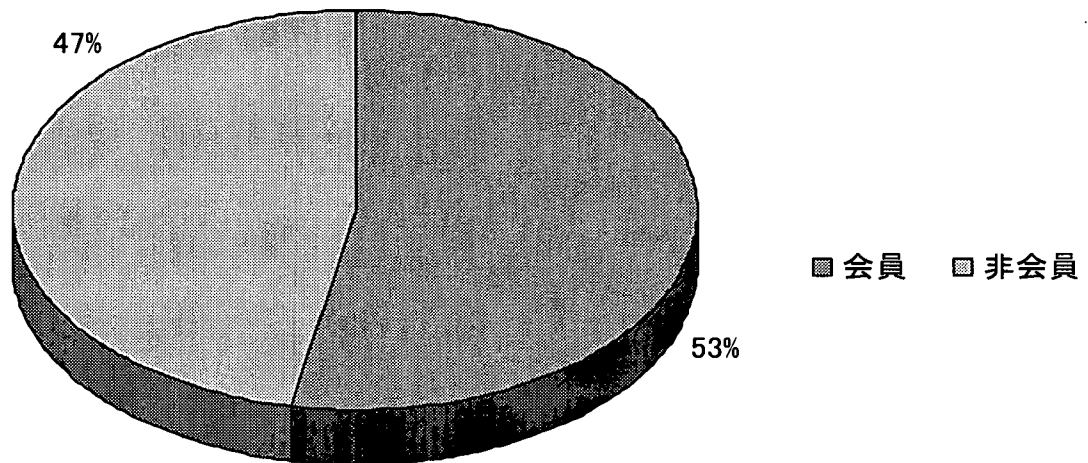
ご協力ありがとうございました。

資料2

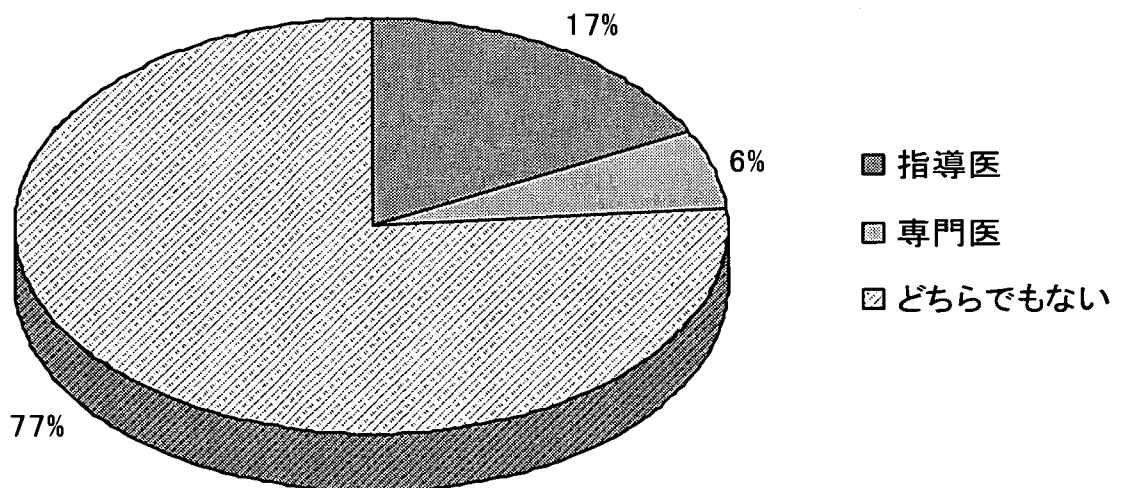
臨床経験年数



会員／非会員



指導医／専門医／どちらでもない



CQに適当なもの例示

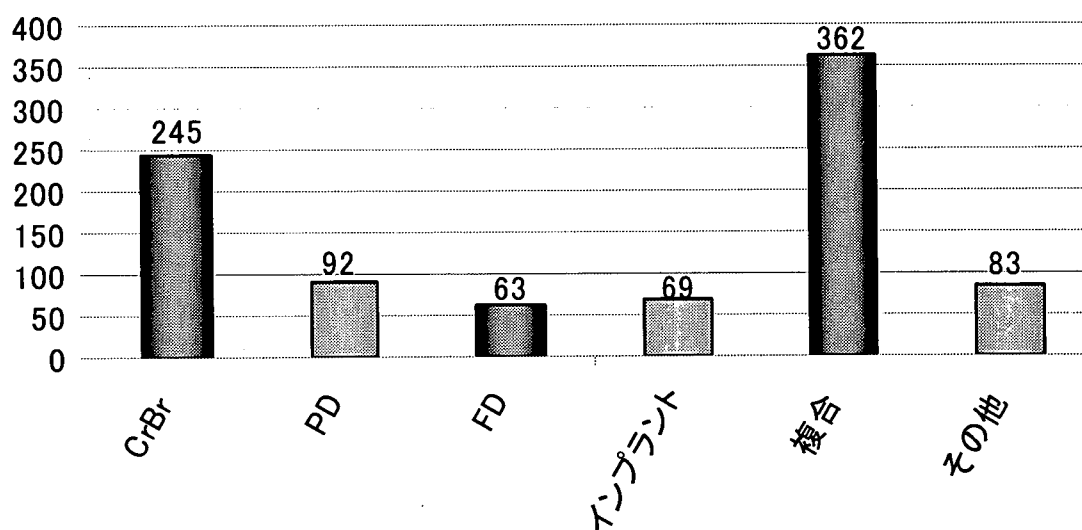
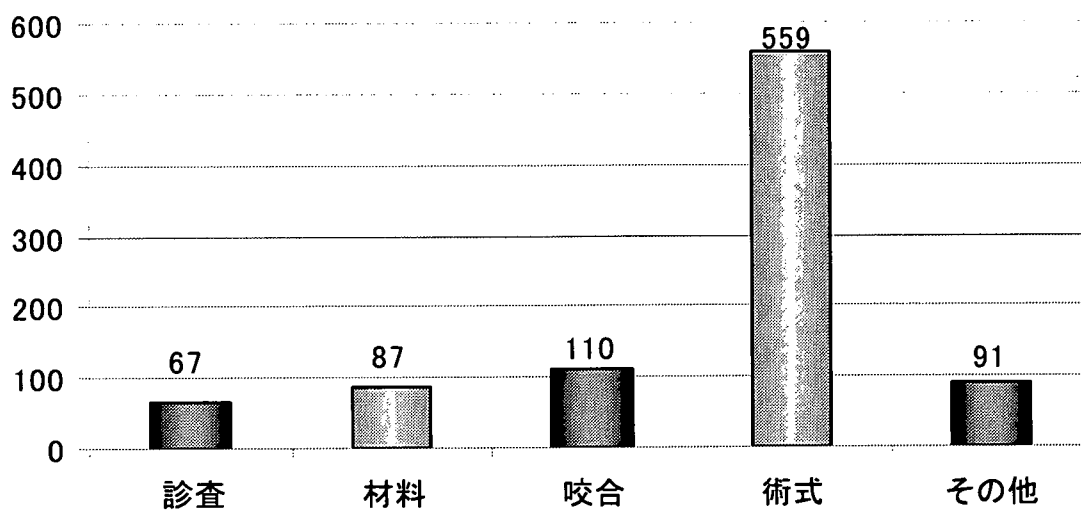
どんな症状・検査・治療に 遊離端欠損において	～は	～よりも	効果があるか？
義歯製作において孤立がある場合 高齢者に対する	延長ブリッジは 接着ブリッジは 孤立歯を支台歯とするのと インプラント治療は	無処置より 全部被覆冠ブリッジより オーバレーレイの形にするのでは	有意義であるか 歯牙の保存に有効か どちらが予後が良いのか
遠心遊離端欠損において 審美的に優れるといわれる	延長ブリッジは "スマイルデンチャー"(ノンクラスプデンチャー)は 補綴処置は	可撤性義歯より 通常義歯より 無処置より	有効であるか 有効であるか 有効であるか 有効であるか
67欠損について 中間欠損において 認知症患者に 遊離端欠損において 両隣天然健全歯の1歯欠損において	ブリッジと 義歯は 補綴治療は 1本義歯は	有床義歯は 欠損のままよりも 無処置より ブリッジより	隣在歯の寿命においてどれくらい差があるか 有効か 有効であるか 有効であるか

IPに適当なもの例示

どんな症状・検査・治療に インプラントオペにおいて インプラント治療において インプラント治療において	～は	～よりも	効果があるか？
	フラップは 傾斜埋入は 二回法での埋入は	フラッププレスより 一回法での埋入よりも	有効か 有効であるか、予後がいいのか 予後がいいのか

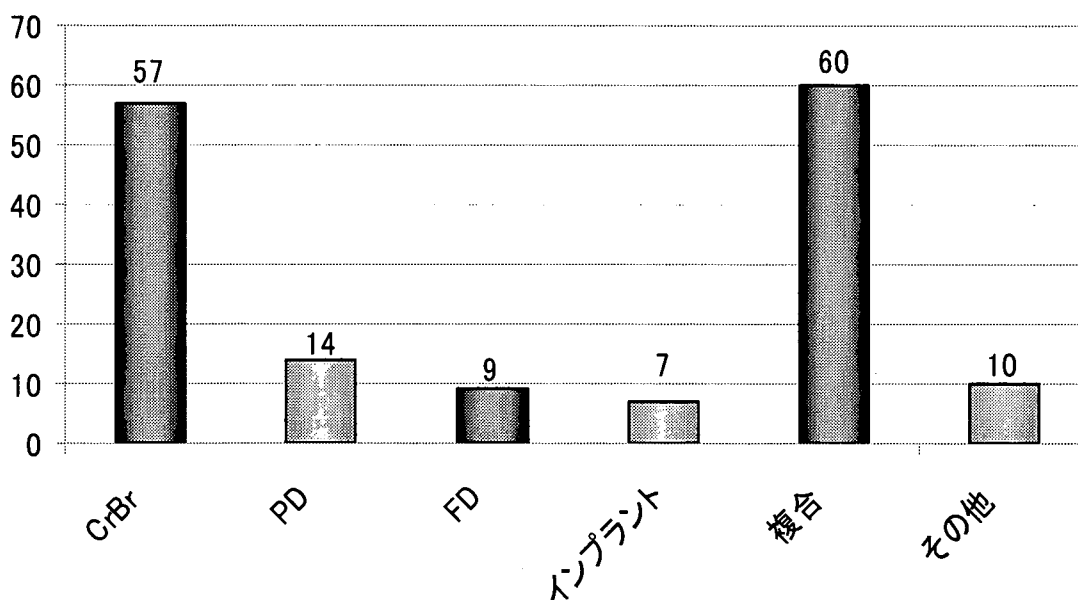
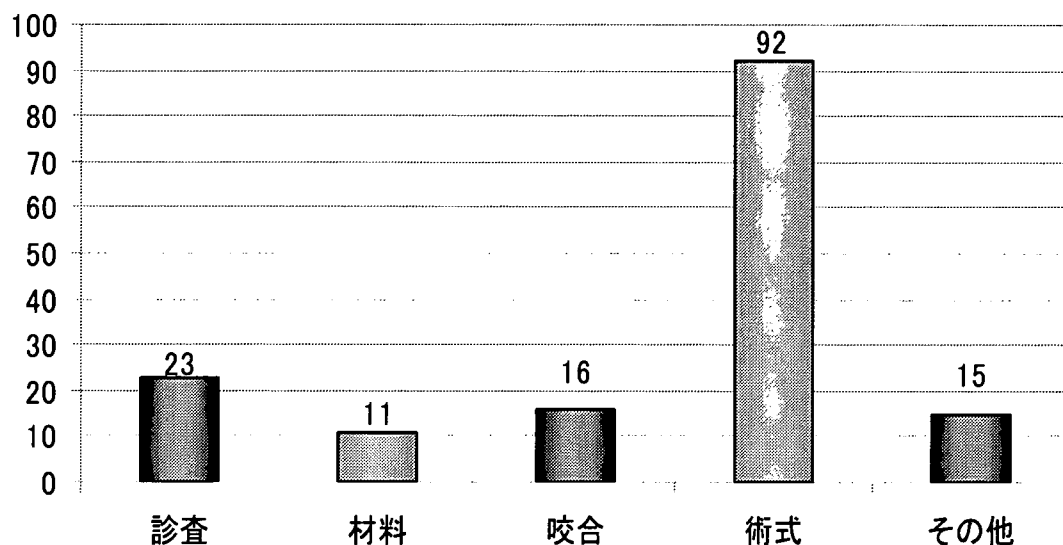
資料4

全 体

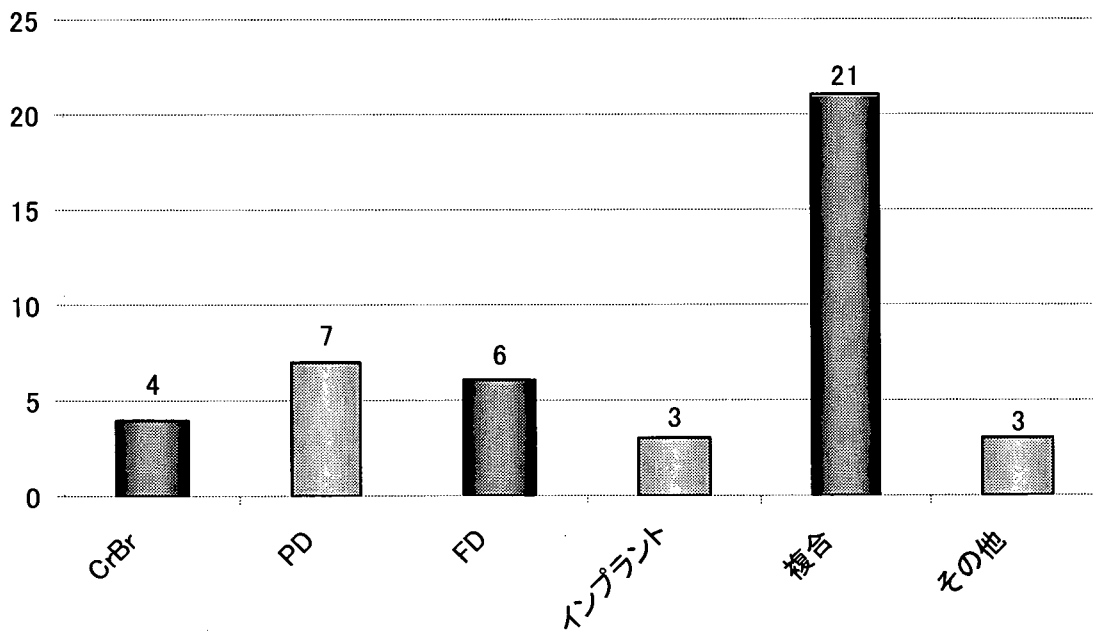
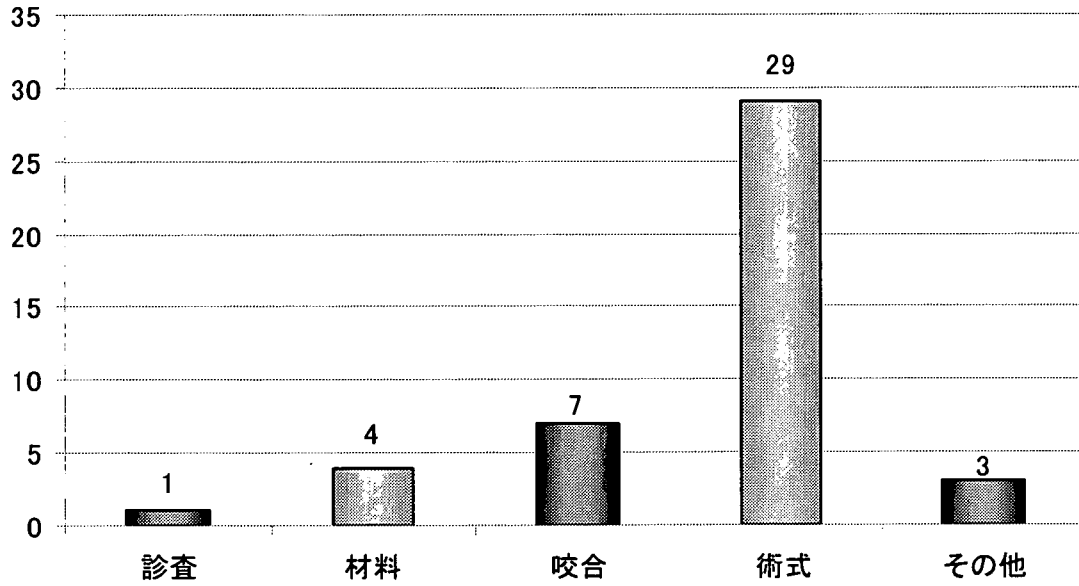


資料5

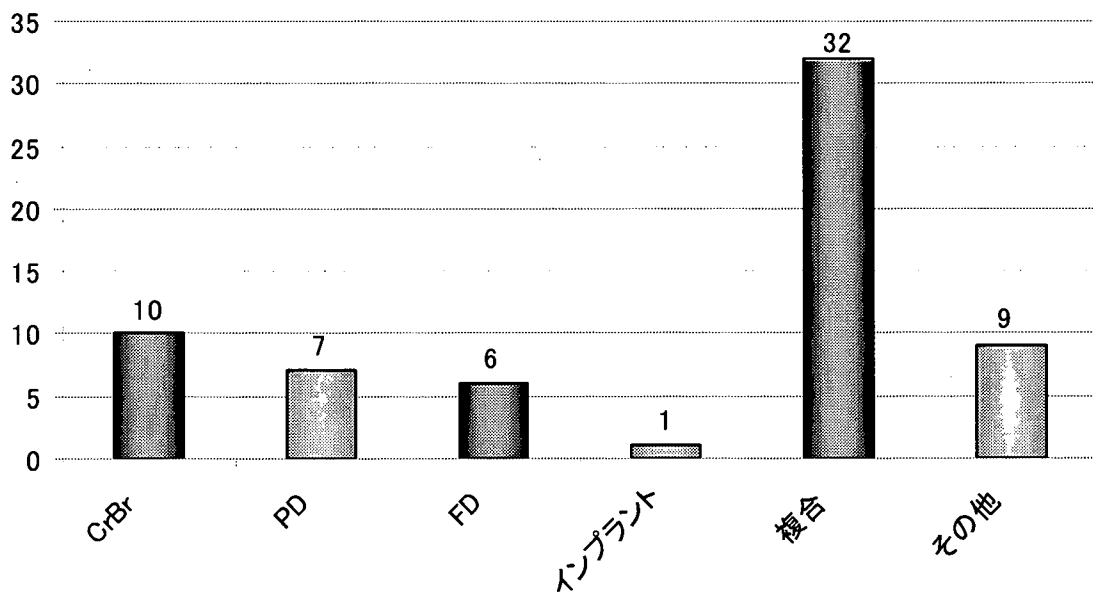
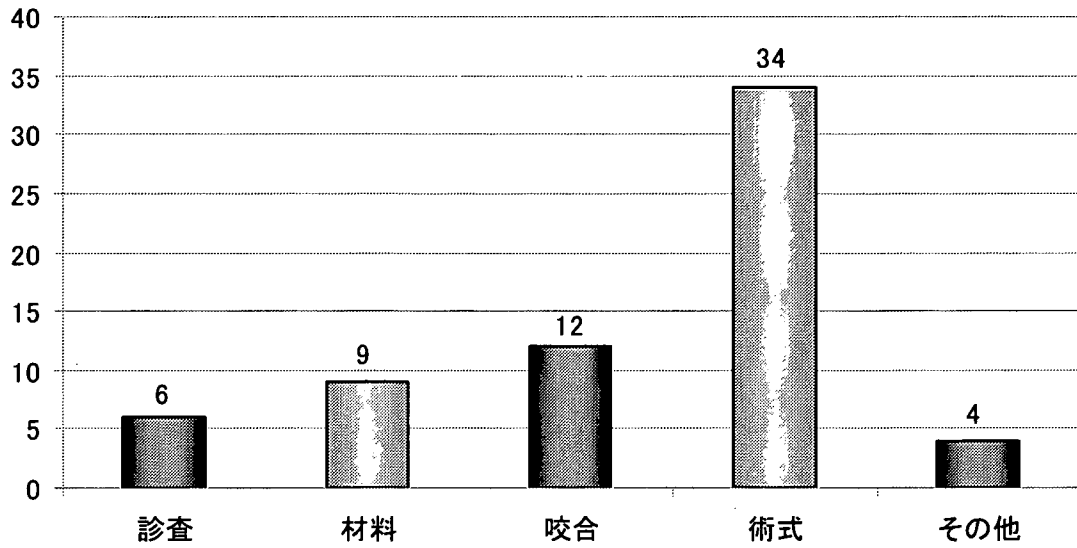
臨床経験年数: 10年以上



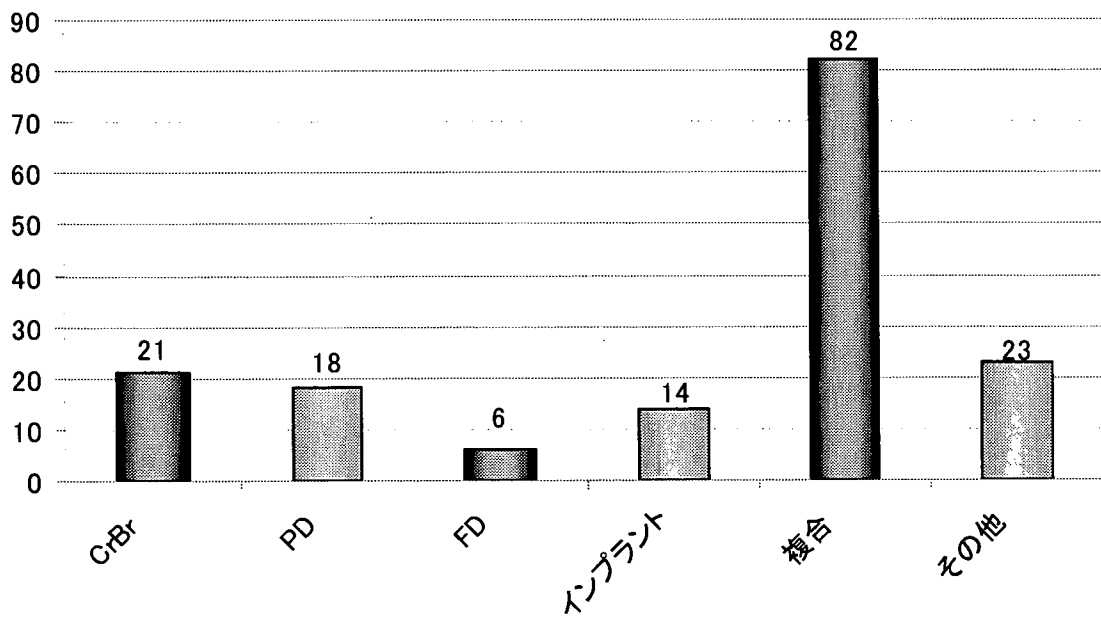
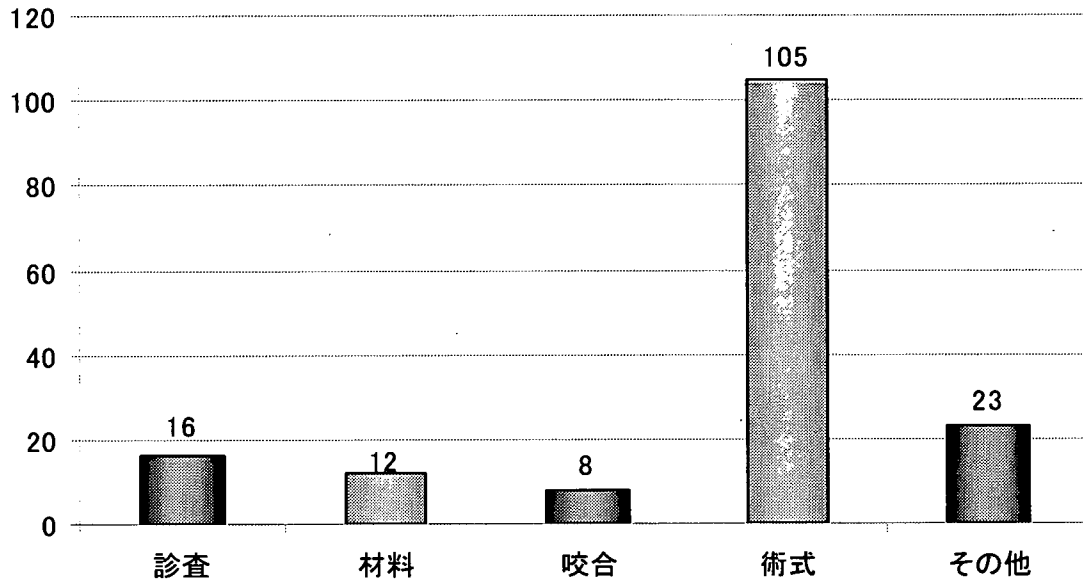
臨床経験年数:5~10年未満



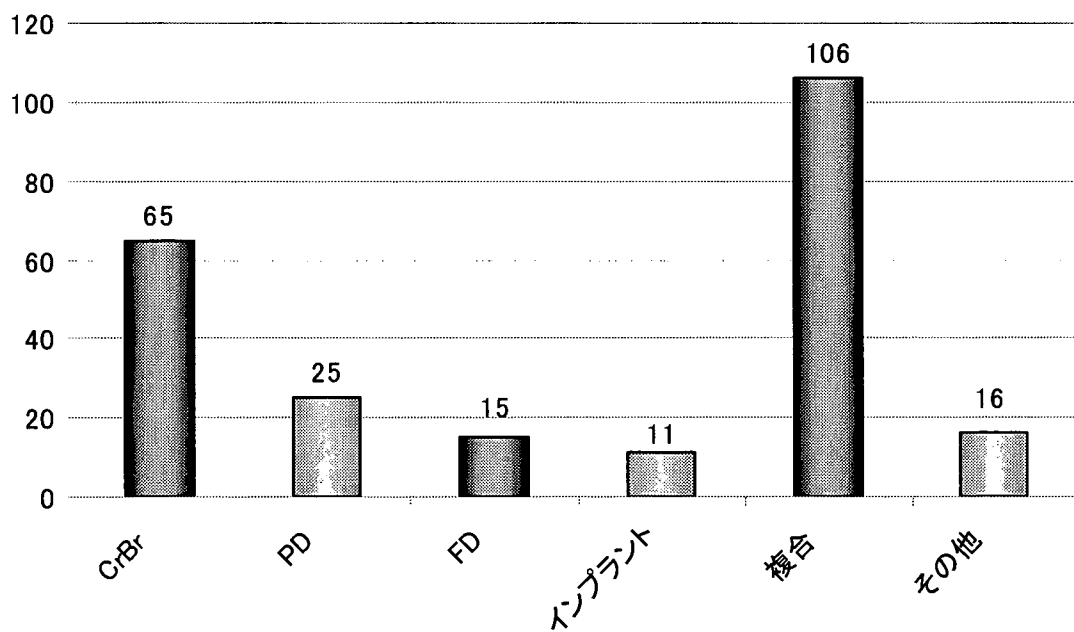
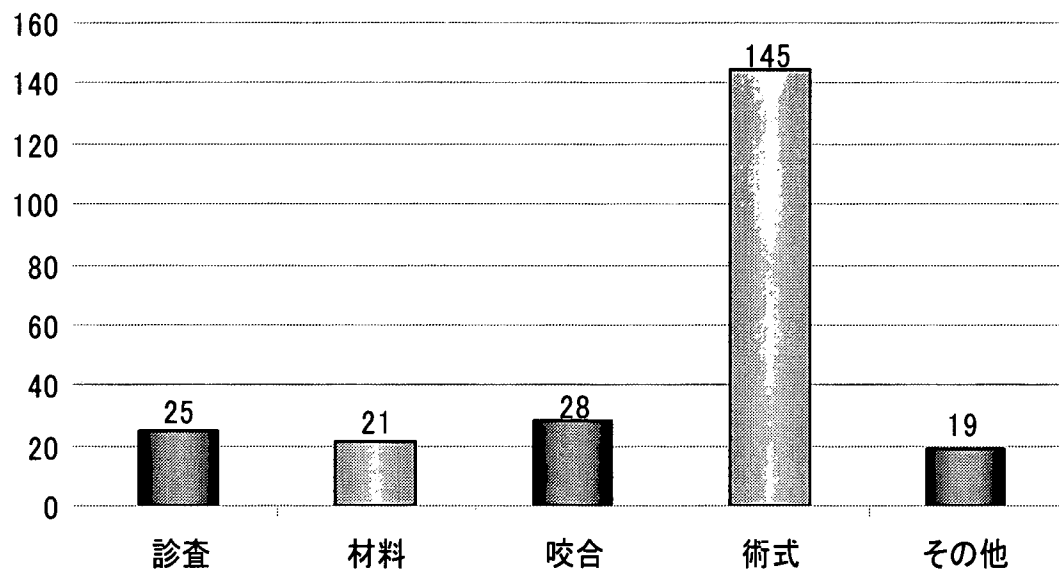
臨床経験年数：2～5年未満



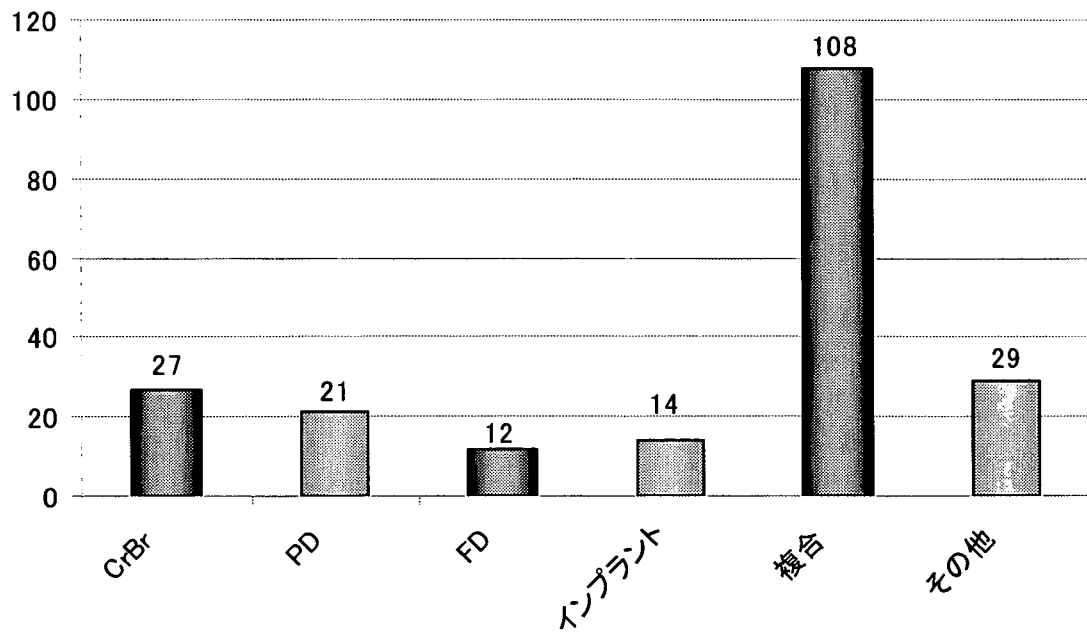
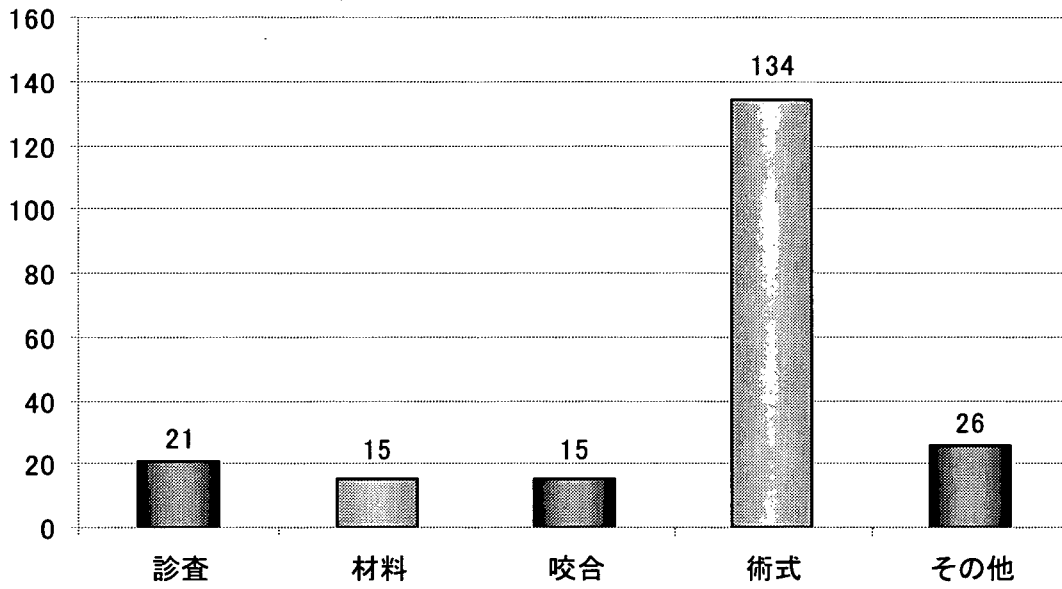
臨床経験年数: 研修医



日本補綴歯科学会:会員

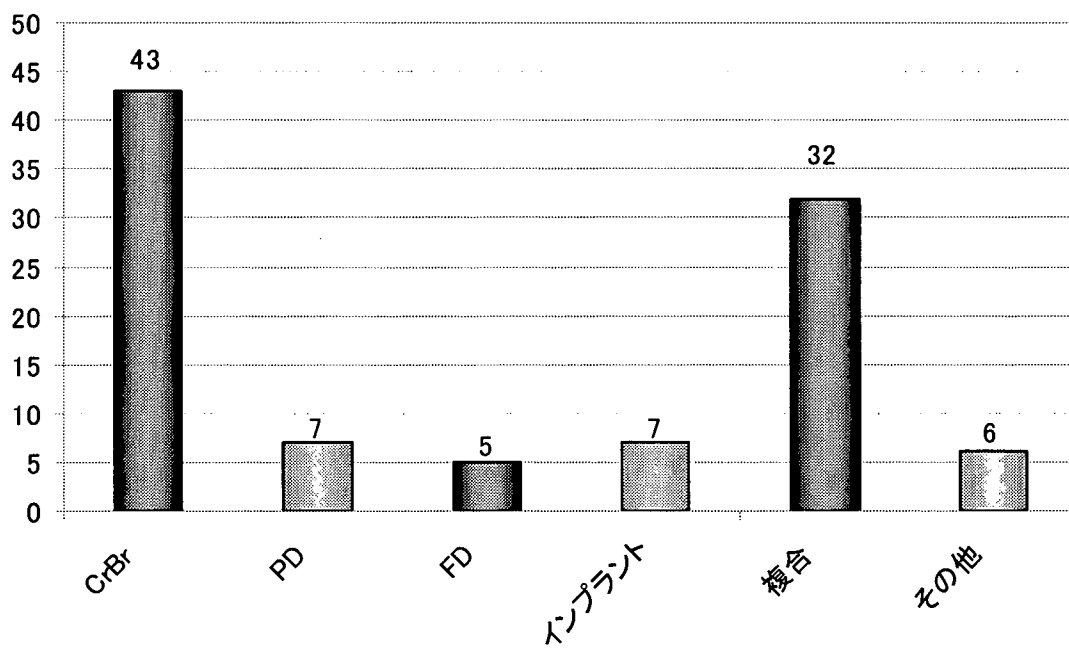
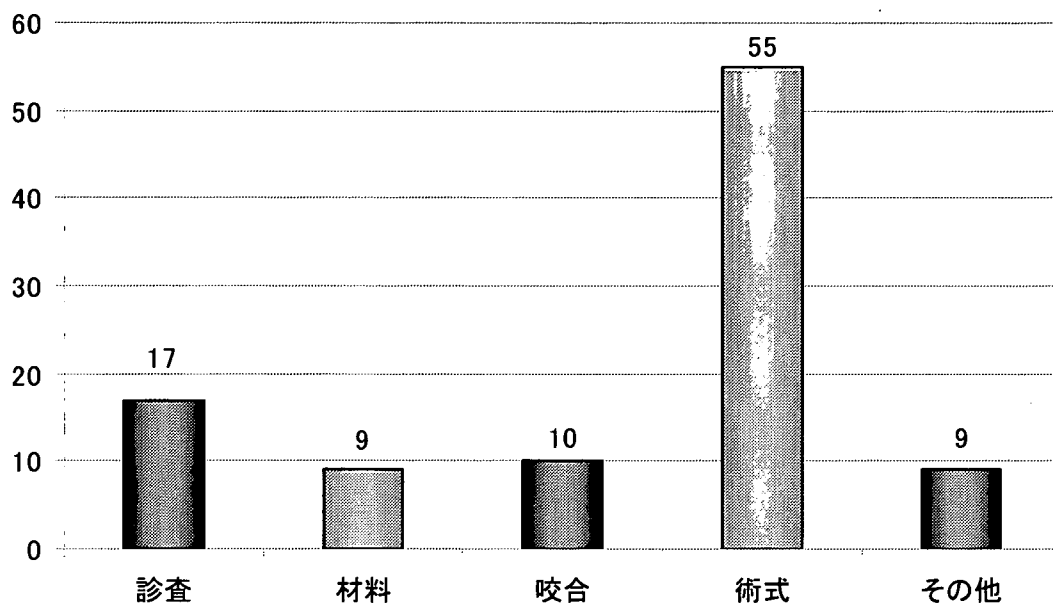


日本補綴歯科学会:非会員



資料7

指導医+専門医



指導医・専門医ではない

