

表 1. 都道府県、歯科医療機関、歯科技工所、患者別の質問票の発送数、回収数、回収率

都道府県	発送数			回収数			回収率		
	歯科医療機関	歯科技工所	患者	歯科医療機関	歯科技工所	患者	歯科医療機関	歯科技工所	患者
北海道	27	81	270	16	25	58	59.3%	30.9%	21.5%
青森県	6	18	60	6	10	46	100.0%	55.6%	76.7%
岩手県	6	18	60	3	6	10	50.0%	33.3%	16.7%
秋田県	4	12	40	4	6	20	100.0%	50.0%	50.0%
宮城県	10	30	100	4	3	13	40.0%	10.0%	13.0%
山形県	5	15	50	4	3	18	80.0%	20.0%	36.0%
福島県	9	27	90	2	6	14	22.2%	22.2%	15.6%
茨城県	12	36	120	10	21	42	83.3%	58.3%	35.0%
栃木県	9	27	90	3	8	36	33.3%	29.6%	40.0%
群馬県	8	24	80	3	8	13	37.5%	33.3%	16.3%
千葉県	21	63	210	5	14	28	23.8%	22.2%	13.3%
埼玉県	22	66	220	14	21	40	63.6%	31.8%	18.2%
神奈川県	33	99	330	15	24	63	45.5%	24.2%	19.1%
山梨県	4	12	40	0	3	5	0.0%	25.0%	12.5%
東京都	62	186	620	19	30	96	30.6%	16.1%	15.5%
長野県	10	30	100	8	7	29	80.0%	23.3%	29.0%
新潟県	11	33	110	7	9	44	63.6%	27.3%	40.0%
静岡県	15	45	150	6	13	27	40.0%	28.9%	18.0%
愛知県	45	135	450	23	37	95	51.1%	27.4%	21.1%
三重県	7	21	70	5	6	20	71.4%	28.6%	28.6%
岐阜県	11	33	110	3	6	8	27.3%	18.2%	7.3%
富山県	5	15	50	5	10	21	100.0%	66.7%	42.0%
石川県	5	15	50	5	8	26	100.0%	53.3%	52.0%
福井県	3	9	30	3	5	10	100.0%	55.6%	33.3%
滋賀県	5	15	50	2	4	6	40.0%	26.7%	12.0%
和歌山県	5	15	50	4	2	16	80.0%	13.3%	32.0%
奈良県	6	18	60	2	4	1	33.3%	22.2%	1.7%
京都府	11	33	110	4	11	16	36.4%	33.3%	14.5%
大阪府	46	138	460	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
兵庫県	26	78	260	10	7	6	38.5%	9.0%	2.3%
岡山県	9	27	90	3	9	11	33.3%	33.3%	12.2%
鳥取県	3	9	30	0	1	1	0.0%	11.1%	3.3%
広島県	14	42	140	6	12	41	42.9%	28.6%	29.3%
島根県	3	9	30	2	3	7	66.7%	33.3%	23.3%
山口県	6	18	60	2	3	3	33.3%	16.7%	5.0%
徳島県	5	15	50	5	7	30	100.0%	46.7%	60.0%
香川県	4	12	40	2	2	8	50.0%	16.7%	20.0%
愛媛県	7	21	70	2	6	16	28.6%	28.6%	22.9%
高知県	4	12	40	1	0	7	25.0%	0.0%	17.5%
福岡県	24	72	240	19	27	62	79.2%	37.5%	25.8%
佐賀県	4	12	40	2	3	10	50.0%	25.0%	25.0%
長崎県	10	30	100	2	1	3	20.0%	3.3%	3.0%
大分県	5	15	50	3	4	21	60.0%	26.7%	42.0%
熊本県	7	21	70	3	8	15	42.9%	38.1%	21.4%
宮崎県	5	15	50	5	6	28	100.0%	40.0%	56.0%
鹿児島県	8	24	80	6	8	19	75.0%	33.3%	23.8%
沖縄県	4	12	40	1	4	4	25.0%	33.3%	10.0%
不明				0	2	4			
国内合計	571	1,713	5,710	259	423	1,117	45.4%	24.7%	19.6%
海外委託	150	15	1,500	0	4	0	0%	26.7%	0%

表 2. 都道府県別の補てつ物管理票の発送数、回収数、回収歯科医院数、1 歯科医院当たり回収数、回収率（発送数別）、回収率（歯科医院別）

都道府県	発送数	管理票回収数	管理票回収 歯科医院数	1歯科医院 当たり回収数	回収率 (発送数別)	回収率 (歯科医院別)
北海道	270	77	15	5.1	28.5%	55.6%
青森県	60	40	5	8.0	66.7%	83.3%
岩手県	60	4	2	2.0	6.7%	33.3%
秋田県	40	15	2	7.5	37.5%	50.0%
宮城県	100	3	2	1.5	3.0%	20.0%
山形県	50	12	3	4.0	24.0%	60.0%
福島県	90	5	2	2.5	5.6%	22.2%
茨城県	120	64	10	6.4	53.3%	83.3%
栃木県	90	22	3	7.3	24.4%	33.3%
群馬県	80	11	2	5.5	13.8%	25.0%
千葉県	210	2	2	1.0	1.0%	9.5%
埼玉県	220	40	13	3.1	18.2%	59.1%
神奈川県	330	41	14	2.9	12.4%	42.4%
山梨県	40	10	1	10.0	25.0%	25.0%
東京都	620	73	18	4.1	11.8%	29.0%
長野県	100	18	6	3.0	18.0%	60.0%
新潟県	110	46	7	6.6	41.8%	63.6%
静岡県	150	28	6	4.7	18.7%	40.0%
愛知県	450	85	14	6.1	18.9%	31.1%
三重県	70	14	4	3.5	20.0%	57.1%
岐阜県	110	14	4	3.5	12.7%	36.4%
富山県	50	30	5	6.0	60.0%	100.0%
石川県	50	35	4	8.8	70.0%	80.0%
福井県	30	12	3	4.0	40.0%	100.0%
滋賀県	50	4	2	2.0	8.0%	40.0%
和歌山県	50	10	1	10.0	20.0%	20.0%
奈良県	60	3	2	1.5	5.0%	33.3%
京都府	110	16	4	4.0	14.5%	36.4%
大阪府	460	0	0	0	0.0%	0.0%
兵庫県	260	5	3	1.7	1.9%	11.5%
岡山県	90	7	3	2.3	7.8%	33.3%
鳥取県	30	0	0	0	0.0%	0.0%
広島県	140	16	5	3.2	11.4%	35.7%
島根県	30	11	2	5.5	36.7%	66.7%
山口県	60	1	1	1.0	1.7%	16.7%
徳島県	50	36	5	7.2	72.0%	100.0%
香川県	40	7	1	7.0	17.5%	25.0%
愛媛県	70	11	2	5.5	15.7%	28.6%
高知県	40	0	0	0	0.0%	0.0%
福岡県	240	50	11	4.5	20.8%	45.8%
佐賀県	40	16	3	5.3	40.0%	75.0%
長崎県	100	4	1	4.0	4.0%	10.0%
大分県	50	9	2	4.5	18.0%	40.0%
熊本県	70	9	2	4.5	12.9%	28.6%
宮崎県	50	25	4	6.3	50.0%	80.0%
鹿児島県	80	17	5	3.4	21.3%	62.5%
沖縄県	40	3	1	3.0	7.5%	25.0%
合計	5,710	961	207	4.6	16.8%	36.3%

< 歯科医院用質問票の結果 >

表 2. 調査対象歯科医院の従業員数、歯科補綴物の委託形態・一日の委託件数、

	歯科医師	歯科衛生士	歯科技工士	その他	計
従業員数	1.71 名	2.53 名	0.29 名	2.23 名	6.76 名
委託形態	全部委託	一部委託	委託なし		
	64.1 %	33.2 %	2.3 %		
一日の委託件数	4.8 件				
歯科技工士法施行規則 第 12 条の記載内容以 外の事項の指示の件数	歯科医院	歯科技工所			
	16.6 %	35.7 %			

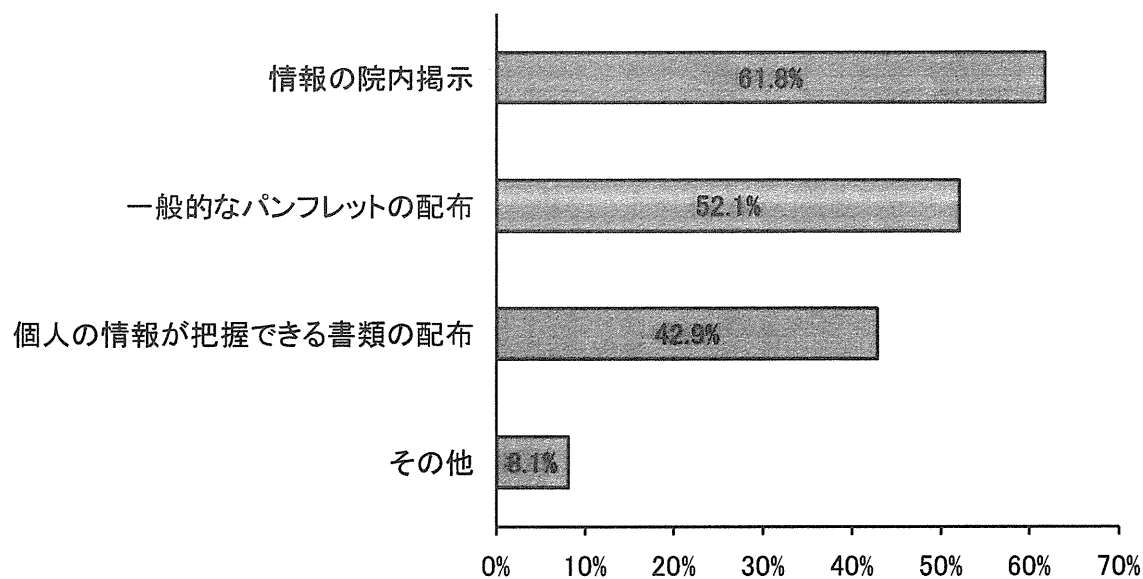


図 3. 歯科補綴物の作製委託に関する患者への情報提供の方法

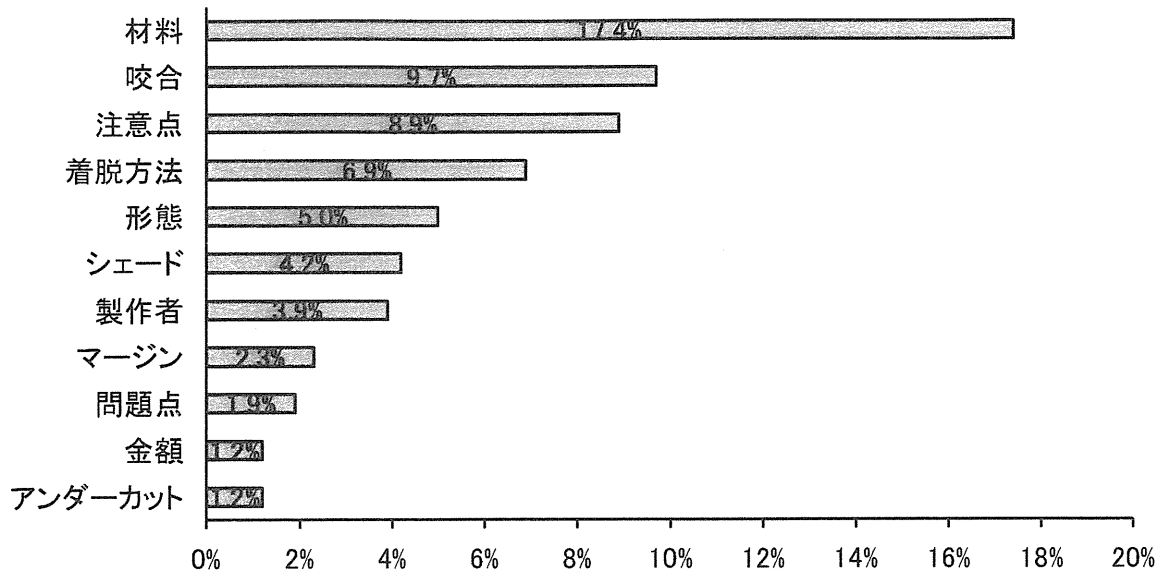


図 4. 歯科技工所から歯科補綴物等が引き渡される時に提供される情報

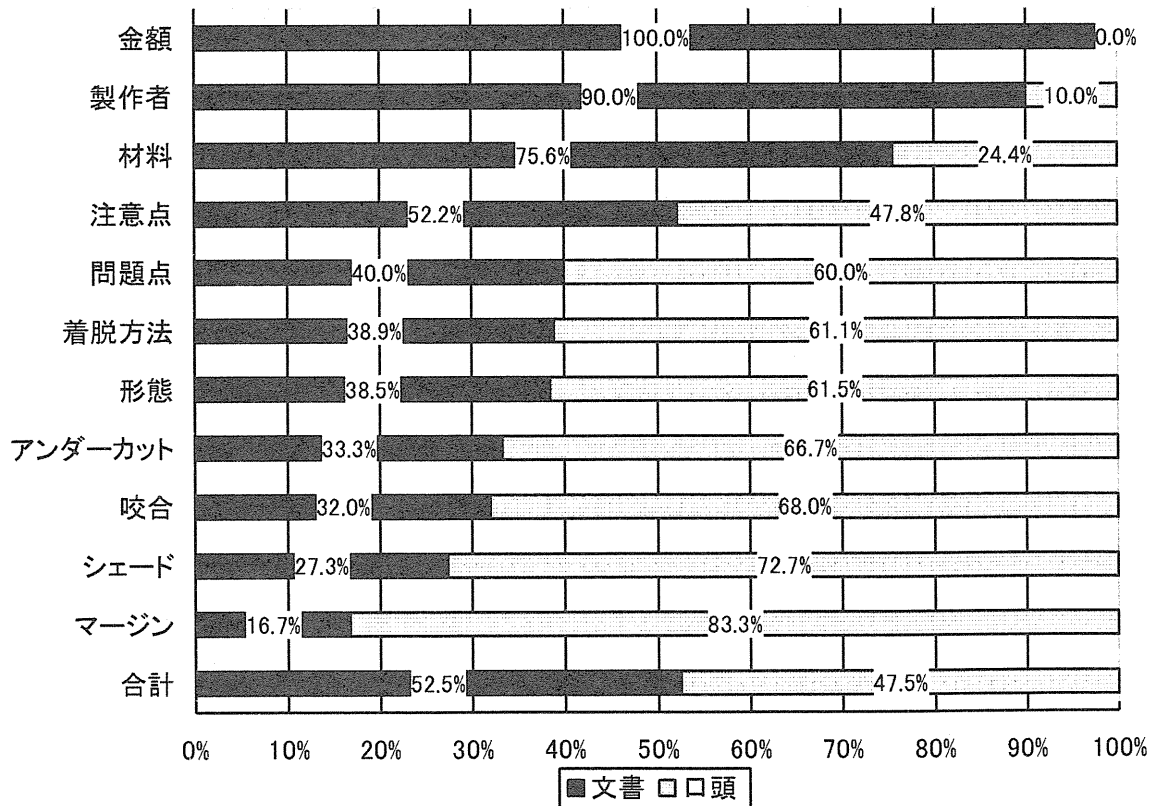


図 5. 歯科技工所から歯科補綴物等が引き渡される際の情報提供方法

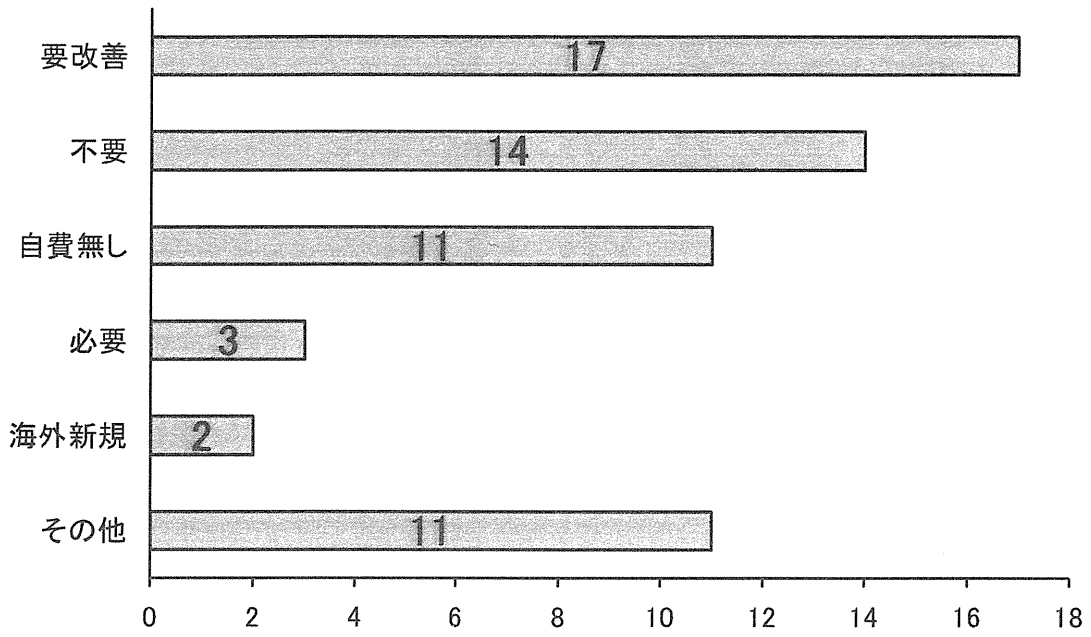


図 6. 歯科補綴物に関するトレーサビリティに関する自由記載の集計(歯科医院)

< 歯科技工所用質問票の結果 >

表 3. 調査対象歯科技工所の従業員数

技工士数	n	%
1 人	150	36.1%
2~5 人	124	29.8%
6~20 人	96	23.1%
21~50 人	29	7.0%
51~100 人	6	1.4%
100 人超	11	2.6%
平均歯科技工士数	17.6 名	
平均その他の職員数	5.7 名	

表 4. 歯科技工所が歯科医院から受注する方法

%	宅急便で受注	歯科技工士が受注	歯科技工士以外が受注
0%	187	77	237
1%~10%	47	12	5
10%以上	47	31	14
20%以上	34	21	25
30%以上	20	15	15
40%以上	12	17	12
50%以上	17	20	19
60%以上	6	20	8
70%以上	13	21	14
80%以上	10	23	32
90%以上	3	36	24
100%以上	7	129	18
平均%	18.1	56.3	25.1

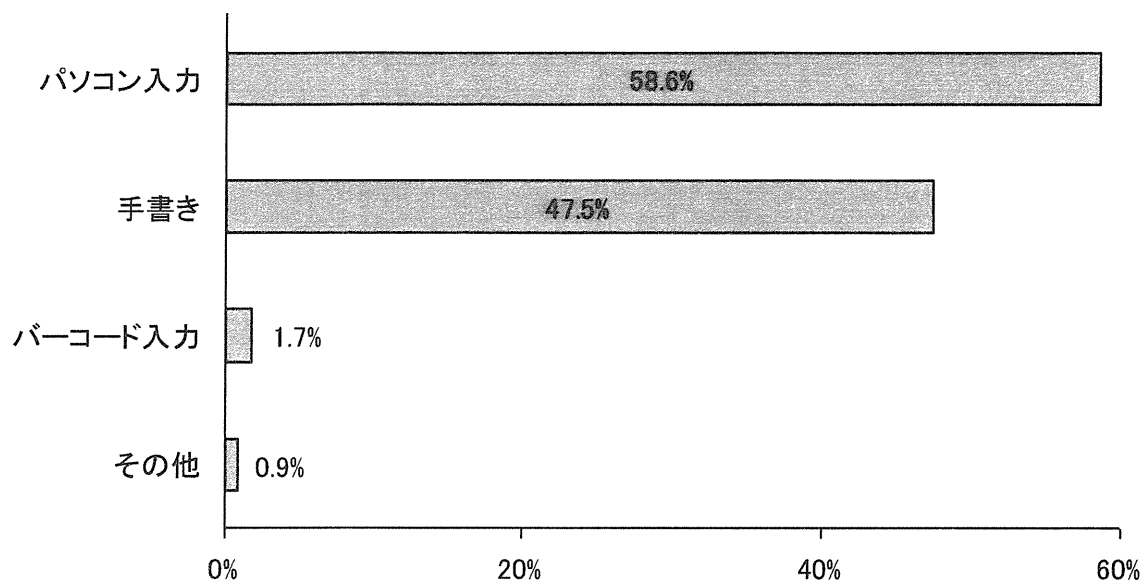


図 7. 歯科技工所における歯科補綴物の受注管理方法

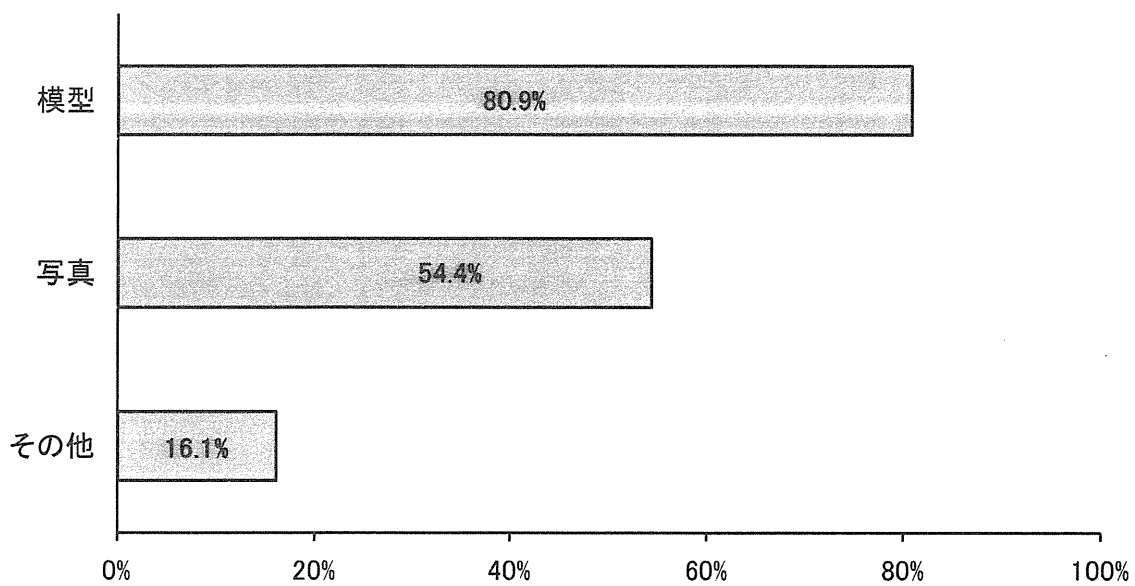


図 8. 歯科技工所が歯科医院より受注した際の資料

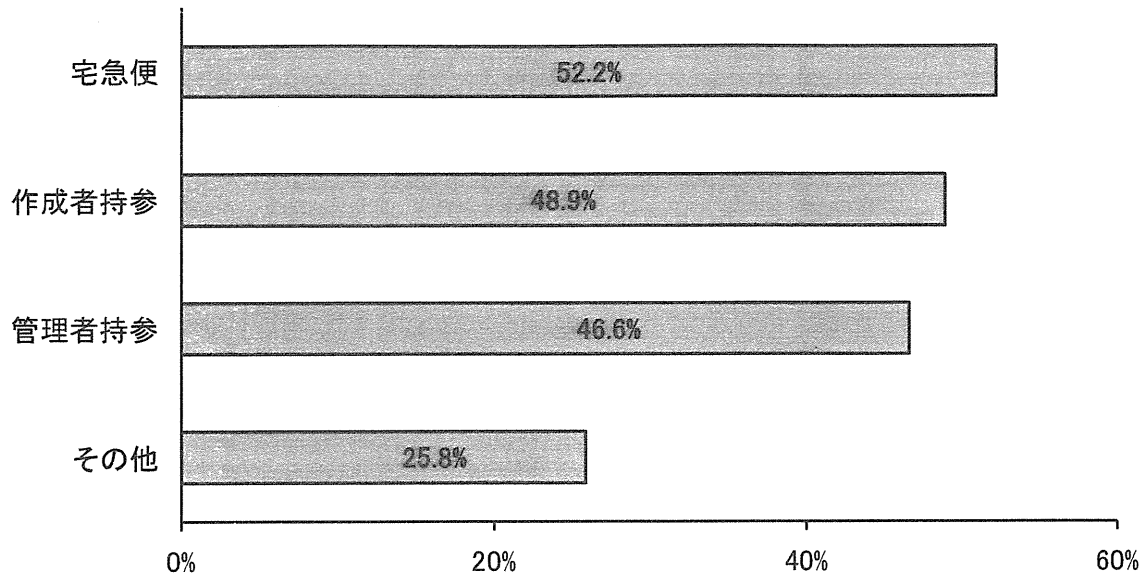


図 9. 歯科技工所から歯科医院へ歯科補綴物を引き渡す方法

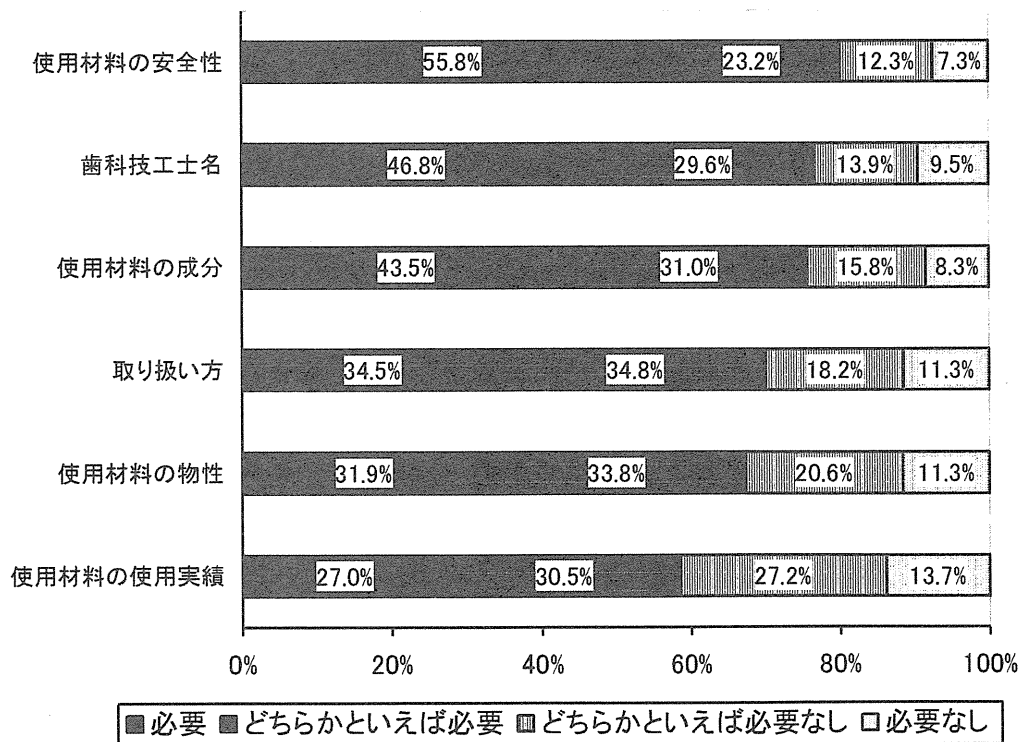


図 10. 歯科技工所が重視する歯科医療機関に提出すべき情報



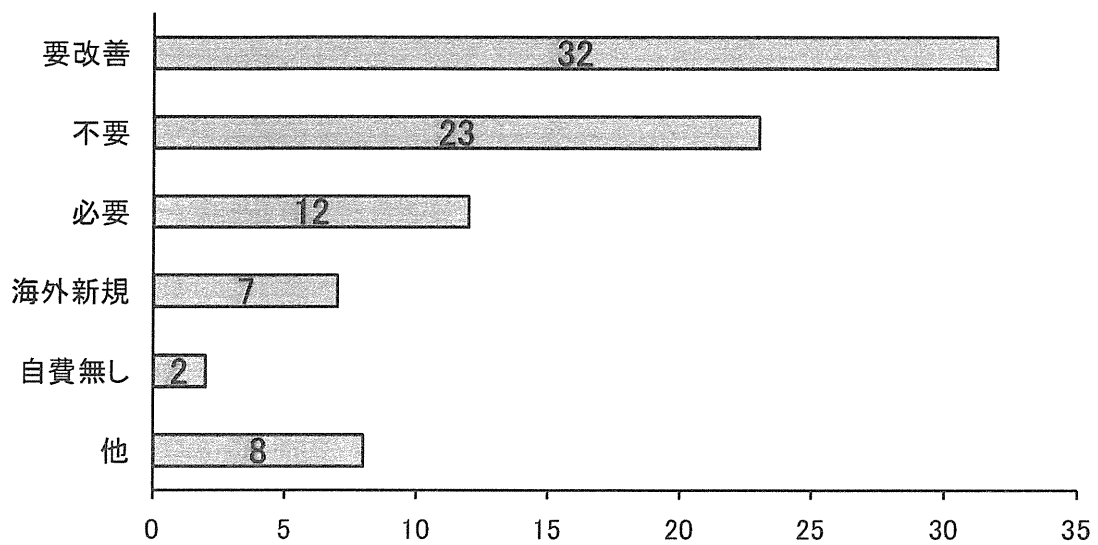


図 11. 歯科補綴物に関するトレーサビリティに関する自由記載の集計(歯科技工所)

<患者用質問票の結果>

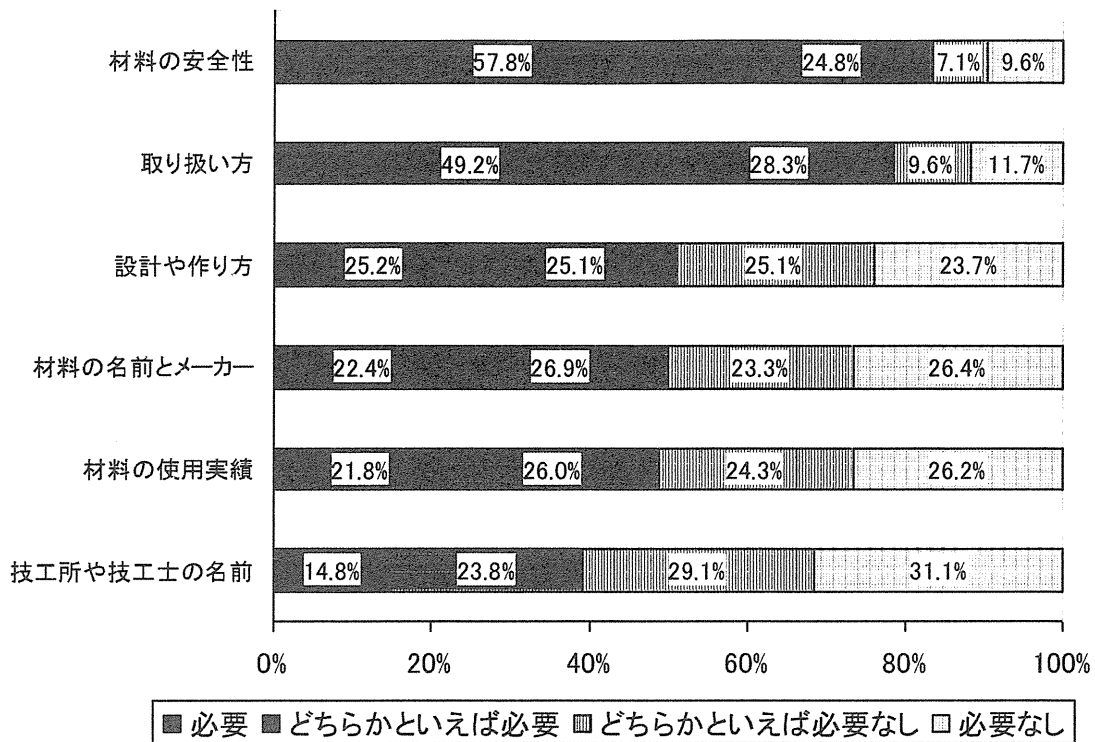


図 12. 患者が重視する歯科医院から提供される歯科補綴物に関する情報

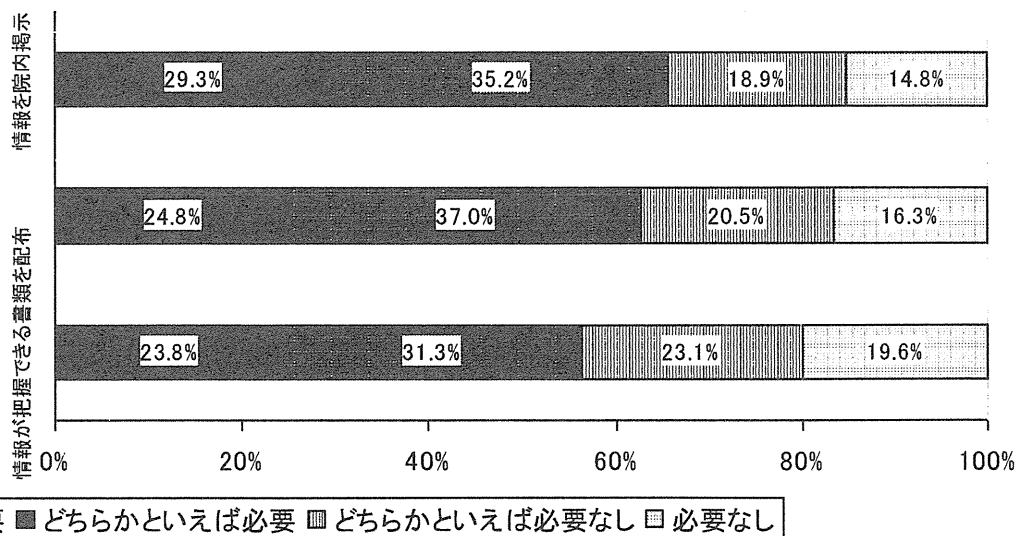


図 13. 患者が重視する歯科補綴物に関する歯科医院からの情報提供方法

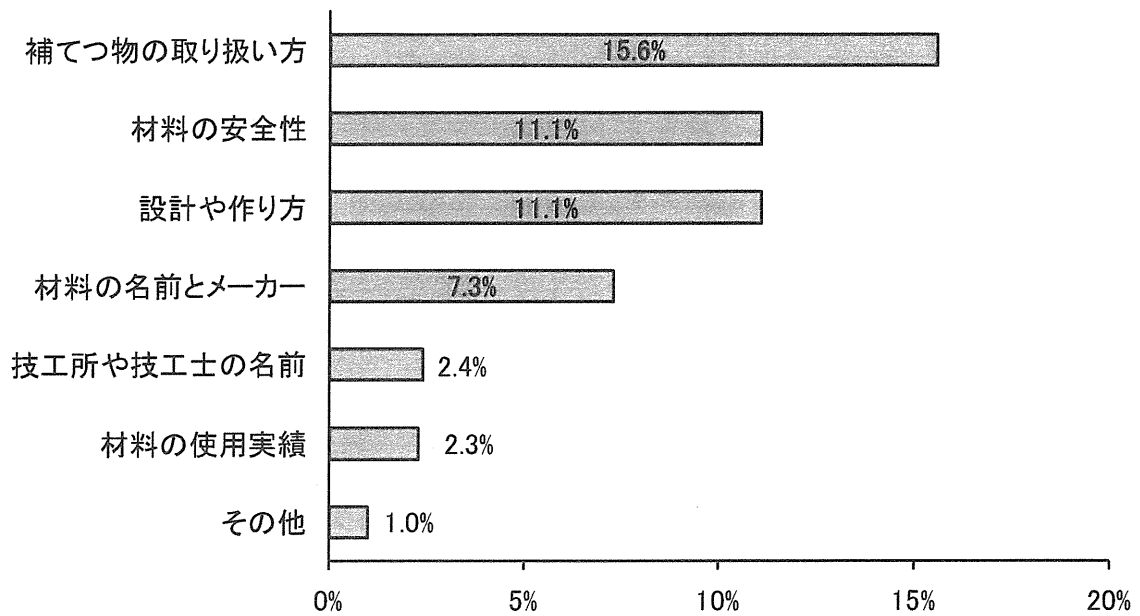


図 14. 歯科医療機関から患者に提供された歯科補綴物に関する情報

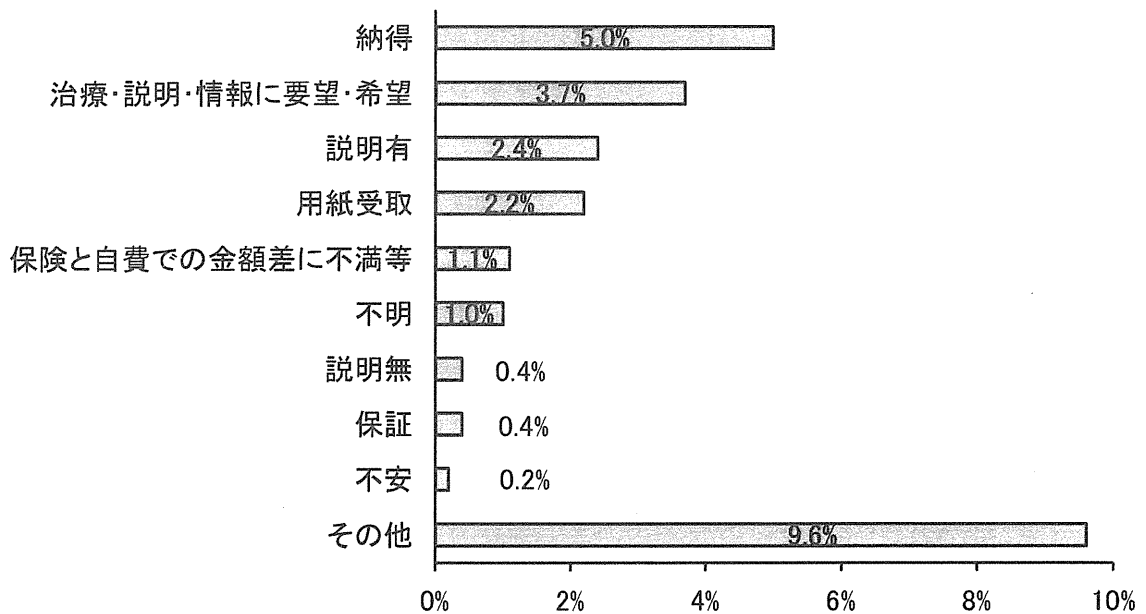


図 15. 歯科医療機関から提供されている歯科補綴物に関する情報(自由記載)

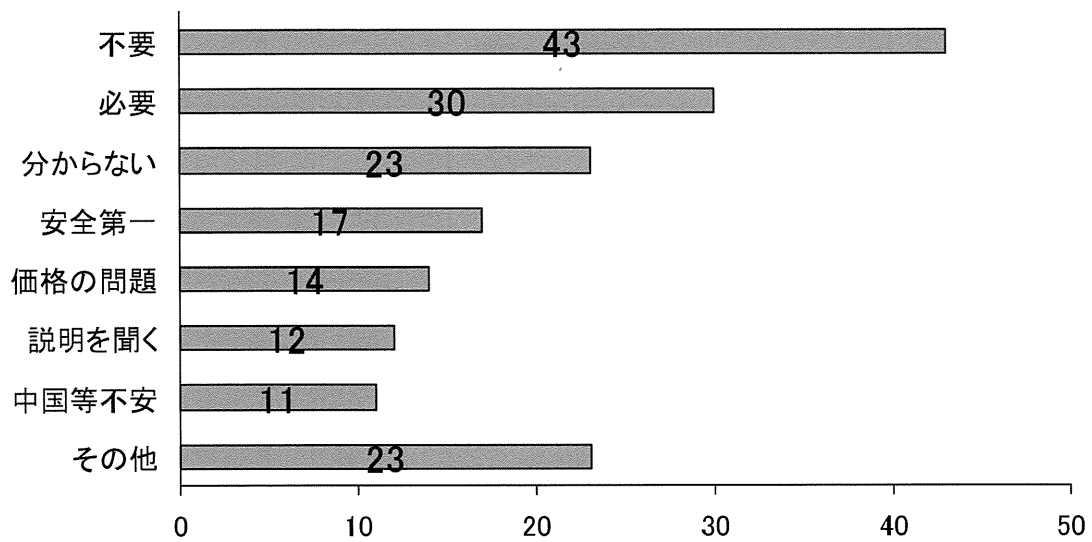


図 16. 歯科補綴物に関するトレーサビリティに関する自由記載の集計(患者)

表 5. 補てつ物管理票に記載された歯科補綴物の種類

分類項目	件数	%
クラウン・メタルボンド	496	51.6%
ブリッジ	133	13.8%
局部義歯	90	9.4%
総義歯	32	3.3%
インプラント付属品	62	6.4%
インレー・アンレー	68	7.1%
ノンクラスプデンチャー	41	4.3%
その他	40	4.2%

資料 1. 補てつ物管理票

仮称) 補てつ物管理票

< Documentation on management of dental prosthesis >

		患者名 {name of patient}		ケース Case) No.						
発行 委託) 日 {date of order}				( )歳 years	男女 male/female					
歯科医療機関名 {name of clinic}		歯科医師名 {name of dentist}		印 signature						
歯科医療機関住所 {address of clinic}		〒		電話番号 {phone num}						
補てつ物名 {type of prosthesis}										
使用材料名等 {name of material}		製品名 {name of product}		メーカー名 {name of manufacturer}						
				使用材料名 {names of material}						
1	設計及び作成方法 {design and fabrication methods}	<table border="1"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>				8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8							
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8									
		<備考> {remarks}								
2	歯科技工所名 {name of laboratory}	作業責任者名 {work authorization}		印 signature						
	歯科技工所住所 {address of laboratory}	〒		電話番号 {phone num}						
	受注日 {date received}	最終確認日 {date finally evaluated}	発送日 {date delivered}							
	作業内容 {working}	作業日 {date of working}	作業内容 {working}							
	使用材料名等 {name of material}	製品名 {name of product}	メーカー名 {name of manufacturer}	許認可番号等 {attestation number}	ロット番号/製造番号 {lot number/batch number}					
	使用材料の組成 {composition of material}									
特記事項 {special remarks}										
3	歯科技工所名 {name of laboratory}	作業責任者名 {work authorization}		印 signature						
	歯科技工所住所 {address of laboratory}	〒		電話番号 {phone num}						
	受注日 {date received}	最終確認日 {date finally evaluated}	発送日 {date delivered}							
	作業内容 {working}	作業日 {date of working}	作業内容 {working}							
	使用材料名等 {name of material}	製品名 {name of product}	メーカー名 {name of manufacturer}	許認可番号等 {attestation number}	ロット番号/製造番号 {lot number/batch number}					
	使用材料の組成 {composition of material}									
特記事項 {special remarks}										
1	受取日 {date returned}	歯科医師名 {name of dentist}		印 signature						
	特記事項 {special remarks}									

- ※ 1は歯科医療機関が、2は歯科技工所1が、3は歯科技工所2が記入すること。
- ※ 1 Dentists have to fill all the necessary items in the section 1 (yellow part), the workers in the first laboratory in the section 2 (blue part) and the second dental laboratory in the section 3 (green part).
- ※ 2 歯科医療機関記入欄については、歯科技工指示書等の写しを裏面に添付しても差し支えないこと。
- ※ 2 Dentists may use the prescription as a substitute instead of filling in section 1. In that case, please attach the copy to the back side of this paper.
- ※ 3 歯科技工所記入欄については、歯科技工録の写し等を裏面に添付しても差し支えないこと。
- ※ 3 Workers in the laboratory may use the copy of recording paper of manufactured dental prosthesis as a substitute instead of filling in section 2&3. In that case, please attach the copy to the back side of this paper.
- ※ 4 使用材料 (使用材料の組成等) に関する書類は裏面に添付すること。
- ※ 4 Please attach any documentation regarding the materials (composition of materials) to the back side of this paper.

資料 2. 質問票(歯科医院用)

**補てつ物等のトレーサビリティに関するアンケート 歯科医療機関用**

トレーサビリティは「追跡可能性」のことをいい、補てつ物等がどこで、どのような材料を用いて、どのような過程で作られたかが追跡(把握)できる仕組みのことです。本アンケートは患者に対して安心・安全な歯科医療を提供するために実施するものですので、是非ともご協力いただければ幸いです。ご記入いただいた情報は、「補てつ物等のトレーサビリティの基本的な考え方」の取りまとめに活用するもので、他の目的に使用いたしません。

**1 貴歯科医療機関に関する情報についてお答えください。**

従業員数(非常勤も含む) 数字を記入]	歯科医師 名 : 歯科衛生士 名 : 歯科技工士 名 : その他 名
補てつ物等の委託形態 [丸で囲む]	全て外部に委託 ・ 一部外部に委託 ・ 委託していない(全て院内技工)
1日あたりの作成(委託)件数 数字を記入]	約 件/日

**2 補てつ物等の作成を委託する際に指示している内容をお答えください【具体的に記載】。歯科技工士法施行規則第12条に定める※記載事項は除きます)**

※①設計②作成の方法③使用材料④発行の年月日⑤発行した歯科医師の住所及び氏名⑥当該指示書による歯科技工が行われる場所が歯科技工所であるときは、その名称

(注)特になければ「特になし」と記載してください。

**3 補てつ物等の作成の委託に関して、患者への情報提供についてお答えください。**

	情報提供手段	実施の可否 [丸で囲む]	情報提供の内容【具体的に記載】
1	補てつ物等に関する情報を院内掲示	実施している ・ 実施していない	
2	補てつ物等に関する一般的なパンフレットの配布	実施している ・ 実施していない	
3	個人の補てつ物等の情報が把握できる書類の配布	実施している ・ 実施していない	
4	その他 ( )	実施している	
5	その他 ( )	実施している	

**4 歯科技工所から補てつ物等が引き渡される時に情報提供を受けている内容についてお答えください。歯科技工士法施行規則第12条に定める※記載事項(質問2※参照)は除きます)**

	情報提供の内容【具体的に記載】	情報提供手段 [丸で囲む (その他は自由記載)]
1		口頭による提供 ・ 文書による提供 ・ その他 ( )
2		口頭による提供 ・ 文書による提供 ・ その他 ( )
3		口頭による提供 ・ 文書による提供 ・ その他 ( )

**5 補てつ物管理票を用いたケースに関して、お気づきの点等をお答えください【自由記載】。**

	委託した補てつ物等の名称	気づいた点
ケース1(管理票1)		
ケース2(管理票2)		
ケース3(管理票3)		
ケース4(管理票4)		
ケース5(管理票5)		
ケース6(管理票6)		
ケース7(管理票7)		
ケース8(管理票8)		
ケース9(管理票9)		
ケース10(管理票10)		

**6 その他、今回ご活用いただいた「補てつ物管理票」等やトレーサビリティの仕組みづくりに関して、何かご意見がありましたらご記入ください【自由記載】。**

ご協力ありがとうございました。

資料 3. 質問票(歯科技工所用)

補てつ物等のトレーサビリティに関するアンケート 歯科技工所用)	
<p>トレーサビリティとは「追跡可能性」のことをいい、補てつ物等がどこで、どのような材料を用いて、どのような過程で作られたかが追跡(把握)できる仕組みのことです。本アンケートは安心・安全な歯科医療を提供するために実施するものですので、是非ともご協力いただければ幸いです。ご記入いただいた情報は、補てつ物のトレーサビリティの基本的な考え方の取りまとめに活用するもので、他の目的に使用いたしません。</p>	
<p>1 貴歯科技工所及び補てつ物等の受注・引き渡しに関する情報についてお答えください。</p>	
従業員数(非常勤も含む) 数字を記入]	歯科技工士 名 : その他 名
受注の仕方 概数を記入]	宅配便で受注 : %、営業係員(歯科技工士)が受注 : %、営業係員(歯科技工士以外)が受注 : %
受注管理方法【丸で囲む、複数回答可】	パソコンで入力・手書き・バーコードで管理・その他( )
受注時の添付資料【丸で囲む、複数回答可】	歯科技工指示書・写真(デジタルを含む)・模型・その他( )
引き渡し方法【丸で囲む】	宅配便・管理者持参・作成者持参・その他( )
<p>2 補てつ物等の作成を受託した際の歯科技工指示書の記載内容をお答えください【具体的に記載】。歯科技工士法施行規則第12条に定める以下の記載事項※は除きます)</p> <p>※①設計②作成の方法③使用材料④発行の年月日⑤発行した歯科医師の住所及び氏名⑥当該指示書による歯科技工が行われる場所が歯科技工所であるときは、その名称</p>	
<p>(注)特になければ「特になし」と記載してください。</p>	
<p>3 歯科医療機関に提供すべき情報についてお答えください【丸で囲む(その他は自由記載)】。歯科技工士法施行規則第12条に定める※記載事項は除きます)。</p>	
1 使用材料の成分	必要・どちらかといえば必要・どちらかといえば必要なし・必要なし
2 使用材料の物性	必要・どちらかといえば必要・どちらかといえば必要なし・必要なし
3 使用材料の安全性	必要・どちらかといえば必要・どちらかといえば必要なし・必要なし
4 当該歯科技工所における使用材料の使用実績	必要・どちらかといえば必要・どちらかといえば必要なし・必要なし
5 作成した歯科技工士名	必要・どちらかといえば必要・どちらかといえば必要なし・必要なし
6 補てつ物等の取り扱い方	必要・どちらかといえば必要・どちらかといえば必要なし・必要なし
7 その他( )	必要・どちらかといえば必要
8 その他( )	必要・どちらかといえば必要
<p>4 補てつ物管理票を用いたケースに関して、お気づきの点等をお答えください【自由記載】。</p>	
	受託した補てつ物等の名称
	気付いた点
ケース1 管理票 1)	
ケース2 管理票 2)	
ケース3 管理票 3)	
ケース4 管理票 4)	
ケース5 管理票 5)	
ケース6 管理票 6)	
ケース7 管理票 7)	
ケース8 管理票 8)	
ケース9 管理票 9)	
ケース10 管理票 10)	
<p>5 その他、今回ご活用いただいた「補てつ物管理票」等やトレーサビリティの仕組みづくりに関して、何かご意見がありましたらご記入ください【自由記載】。</p>	
ご協力ありがとうございました。	

資料 4. 質問票(患者用)

入れ歯や冠などの補てつ物等のトレーサビリティに関するアンケート(患者用)

トレーサビリティとは「追跡可能性」のことをいい、補てつ物がどこで、どのような材料を用いて、どのような過程で作られたかが追跡(把握)できる仕組みのことです。本アンケートは安心・安全な歯科医療を提供するために実施するものですので、是非ともご協力いただければ幸いです。ご記入いただいた情報は、「補てつ物のトレーサビリティの基本的な考え方」の取りまとめに活用するもので、他の目的に使用いたしません。

1 歯科医院(歯科医師)で治療される入れ歯、冠(補てつ物)等に関する以下の情報の提供が必要かお答えください【丸で囲む、または自由記載】。

1	補てつ物等の設計や作り方	必要 ・ どちらかといえば必要 ・ どちらかといえば必要なし ・ 必要なし
2	補てつ物等の材料の名前とメーカー名	必要 ・ どちらかといえば必要 ・ どちらかといえば必要なし ・ 必要なし
3	補てつ物等の材料の安全性	必要 ・ どちらかといえば必要 ・ どちらかといえば必要なし ・ 必要なし
4	当該歯科医療機関における補てつ物等の材料の使用実績	必要 ・ どちらかといえば必要 ・ どちらかといえば必要なし ・ 必要なし
5	補てつ物等を作る歯科技工所や歯科技工士の名前	必要 ・ どちらかといえば必要 ・ どちらかといえば必要なし ・ 必要なし
6	補てつ物等の取扱い方	必要 ・ どちらかといえば必要 ・ どちらかといえば必要なし ・ 必要なし
7	その他( )	必要 ・ どちらかといえば必要
8	その他( )	必要 ・ どちらかといえば必要

2 入れ歯、冠(補てつ物)等に関して、以下の方法による情報提供が必要かお答えください【丸で囲む、または自由記載】。

1	補てつ物等に関する情報を院内掲示	必要 ・ どちらかといえば必要 ・ どちらかといえば必要なし ・ 必要なし
2	補てつ物等に関する一般的なパンフレットを配布	必要 ・ どちらかといえば必要 ・ どちらかといえば必要なし ・ 必要なし
3	個人の補てつ物等の情報が把握できる書類を配布	必要 ・ どちらかといえば必要 ・ どちらかといえば必要なし ・ 必要なし
4	その他( )	必要 ・ どちらかといえば必要
5	その他( )	必要 ・ どちらかといえば必要

3 現在、歯科医療機関から提供されている入れ歯、冠(補てつ物)に関する情報をお答えください【1の質問に該当する情報は項目の番号を記載し、その他は自由記載】。

---



---

4 その他、補てつ物のトレーサビリティの仕組みづくりに関して、何かご意見がありましたらご記入ください【自由記載】。

---



---



---



---

ご協力ありがとうございました。



資料 5. 歯科医院が歯科補綴物等の作製を委託する際に指示している内容。

1	ロウ着はあまりしないようにしてください、ワンピースキャスト Br でお願ひします、など。
2	補てつ名、設計、発行年月日、セット日、Kr 氏名以外特になし
3	補てつ物名、設計、使用材料、咬合様式、装着日
4	プロビジョナル模型と Shade 写真にて形態、機能、色の指示
5	歯間空隙、頬側の膨張の程度、形態、色の分布
6	納品日、患者氏名、補てつ物形態、シェード
7	納品年月日
8	特別の事項のある際に記載(肝炎等)
9	特別な指示ある際には、チェアサイドでの指示、技工物を介しての面談など、必要に応じて指示
10	特に問題がある場合は、口頭で指示します。指示書には主に決められたことのみ記載。
11	鼓形空隙、カンツァー、粘膜の硬軟、咬頭傾斜
12	設計はメタルアップ又はフルベイク、咬合形態、色調等
13	設計及び作成方法及び使用材料を指示
14	設計、使用材料等
15	設計、使用材料、発行の年月日、発行した歯科医師名、住所、技工所名称
16	設計、使用材料、発行年月日、歯科医師の住所及び氏名、歯科技工所の名称
17	設計、使用材料(金属)、発行日、歯科医師の住所、氏名、技工所の住所、名称
18	設計、作製方法、使用材料、発行年月日、納品日、歯科医師住所、氏名、患者氏名
19	設計、作成方法、使用材料、発行年月日、歯科医師名、住所、シェード
20	設計、作成の方法、使用材料、発行年月日、歯科医師名
21	設計、材料、発行年月日、歯科医院
22	設計、材料、年月日、図を利用
23	設計、材料、年月日、住所、氏名
24	設計、材料、年月日、完成、予定日、注意点
25	性別、年齢、要望等の患者情報(口頭説明)
26	製作物の種類、発行年月日、発行した歯科医院・医師の住所、氏名、技工所名等
27	製作期間、シェード
28	人工歯の色、形
29	使用材料、発行年月日
30	色調については、写真を参考にしてもらっている
31	色調情報(文書、デジタル写真データ)
32	シェード、有髄か無髄か
33	シェード、ポンティック形態
34	シェード、歯間ブラシのサイズ、義歯の外形、レジ床義歯の厚み等
35	シェード、装着日

36	シェード、術前の模型があれば形態の参考に
37	シェード(歯の色)、顎関節の状態に応じた形態、骨形態に応じた形態(口腔内写真や X 線写真を用いて)
38	シェード
39	シェード
40	作成する物によってそれぞれ異なるので、全体としては特になし
41	作成上の注意事項があれば、その都度伝えている
42	作製時の注意点、技工物作製者の名前
43	材料
44	細部の注意点
45	個々の患者さんに合った歯冠形態、カントウア、咬合等
46	咬合様式、歯冠形態等について必要があれば指示
47	咬合様式
48	咬合面、隣接面形態、接触部位 etc(①設計の補う分(不足分))
49	咬合器装着法(通常かスプリットキャストか)、側方ガイドの指示など
50	咬合関係やシェードに関してはスライドなどを用いて指示。 Teka 模型を参考にするように指示。
51	形態、コンタクトの状態等
52	形態、色、全体との調和
53	形態、色
54	クリアランスについて
55	グラディア・ポーセレンであれば色
56	金属の種類、患者の形態、色調の要望
57	義歯の排列や補てつ物各々の形態や咬合について、必要があるケースには指示をしている
58	完成年月日、モールド、シェード、形態の指示、性別、時には写真など
59	患者名、性別、年齢、BT
60	患者の性別、年齢等(メタルボンド、前装冠)
61	患者の性別、年齢、有ズイ or 無ズイ、色、形、材料
62	患者の性別、年齢、希望、シェード、ステイン、個別の形態、納品日時、作業する型の作成法
63	患者の希望?
64	患者の希望、特に前歯はなるべく聞いている
65	患者の希望
66	患者さんの氏名、納品日、矯正の場合は年齢
67	患者様苗字、性別、年齢
68	色と形態
69	色、舌側面をメタルにするかどうか

70	色、咬合様式、コンタクト状態
71	色、義歯の厚み
72	ある場合は指示書に記入
73	①設計(咬合の状態、形態)、②(通常と異なる場合のみ)、③使用材料(通常と異なる場合は電話を指示。その他は記載のみ)、④、⑤、⑥は通常記載
74	①発行年月日、納品日、②歯科医師住所、氏名、③使用材料、④設計、部位、⑤作成にあたっての指示
75	①単冠、連冠、Br等の区別、模型、photoにてcollar、occlusion、contour等についても指示、②場合によってはCAD/CAM or 録画の指示、③ジルコニア、プレシャス、セミプレシャス等の指示、④技工所に出した日、
76	①設計、②使用材料、④年月日、⑤歯科医師住所氏名、⑥歯科技工所住所、名前
77	①設計、②作成の方法、③使用材料、④発行年月日、⑤歯科医師住所氏名
78	①形態、高さ等、指示書に記載して指示 ②電話にて指示 ③④⑤⑥は指示書に記載
79	歯科技工士法施行規則第12条に定める歯科技工指示書の記載内容のみ
80	歯科技工士法施行規則第12条に定める歯科技工指示書の記載内容で、特に必要に応じて指示している
81	歯科技工士法施行規則第12条に定める歯科技工指示書の記載内容。全てと支台歯、対合歯についての補足、Tel連絡の有無
82	歯科技工士法施行規則第12条に定める歯科技工指示書の記載内容全て
83	歯科技工士法施行規則第12条に定める歯科技工指示書の記載内容、その他設計等に関する諸事項
84	歯科技工士法施行規則第12条に定める歯科技工指示書の記載内容 + 納品日、色彩、細かい形態
85	歯科技工士法施行規則第12条に定める歯科技工指示書の記載内容
86	①～⑤を指示して書く
87	1～5を指示
88	①～⑤の記載項目のある、技工指示書に記載している
89	①～⑤
90	1,4,5,6
91	1,3,5,5 模型だけでは分からないこと(動揺度、色、今後将来の予測等)
92	1,3,4,5,6
93	1,3,4,5,6
94	1,3,4,5
95	1,2,3,4,5
96	1,2,3,4,5

資料 6. 歯科医師が補てつ物管理表を用いたケースに関して気付いた点

1	リングアタッチメント	記載事項が多すぎる。メタルの種類とはコード書で済むように
2	メタルボンドブリッジ	適合良好、咬合良好、シェード良好
3	メタルボンドブリッジ	医療機関名、技工所名、住所等、ゴム印が押せるスペースがあれば楽ではないか。色調、形態を見るのに写真の添付が出来るとよい。
4	メタルボンド	前装部の破折についての経過観察
5	メタルボンド	適合良好、シェード良好
6	メタルボンド	適合良好、シェード良好
7	メタルボンド	適合良好、咬合不良、シェード良好
8	メタルボンド	適合不良、再印象、シェード良好
9	メタルボンド	形態最終チェック。修正のため技工士に来院願ひ、操作をお願いした
10	メタルボンド	適合不良、再印象、シェード良好
11	メタルコア	装着時、歯肉の調整必要
12	ファイバーコア	適合良好、シェード良好
13	ハイブリッド前装冠	材料の数(種類)が多くて記入が面倒臭い
14	ハイブリッドインレー	指示した材料、内容での作成が確認でき、いいと思う。
15	ハイブリッド HJK	咬合に耐える固さの有無の観察
16	パーシャルデンチャー	適合良好
17	パーシャルデンチャー	装着時、前装冠リベース
18	ノンクラスプデンチャー	普通の Denter に比較して違和感が少ない(Kr の言)
19	ノンクラスプデンチャー	普通の Denter に比較して違和感が少ない(Kr の言)
20	ノンクラスプデンチャー	指示書以外にも管理票が必要であれば、件数が多い所は時間がかかりすぎる
21	ノンクラスプデンチャー	維持に利用している床部が破折することが多い
22	総義歯	設計の外形線と補てつ物のずれ(誤差)
23	前装冠	隣接歯との大きさ調整必要
24	ジルコニアクラウン	担当技工士との直接のやりとりで、予定通りだった
25	シルキーデンチャー	材料の種類と工程が複雑で、とても書く気にならない
26	上下綴 金属床金部床	クリニックのオリジナル設計を伝えること、設計の難しさ
27	上下顎フレデンチャー	右側、咬合過高
28	上下顎パーシャルデンチャー	適合、咬合良好
29	コバルトクロム金属床	咬合良好
30	クラディア前装ブリッジ	BITE が高くて、調整に時間がかかった
31	クラディアジャケット冠	いつも適合、BITE が良い補てつ物ができる