

患者様 _____ 様

____年 ____月 ____日
報告者 _____

検査結果報告書

1) お口の中の衛生状態

2) 虫歯の状態

--

3) 歯周組織の状態

--

4) 問題が認められる過去の治療の状態

--

5) かみ合わせの状態

6) その他

7) 総評



患者 _____ 様

_____ 年 _____ 月 _____ 日
報告者 _____

お口の中の状態

上 顎

左側

右側

下 顎

左側

右側

写真は、鏡に映したときと同じ表示です。

