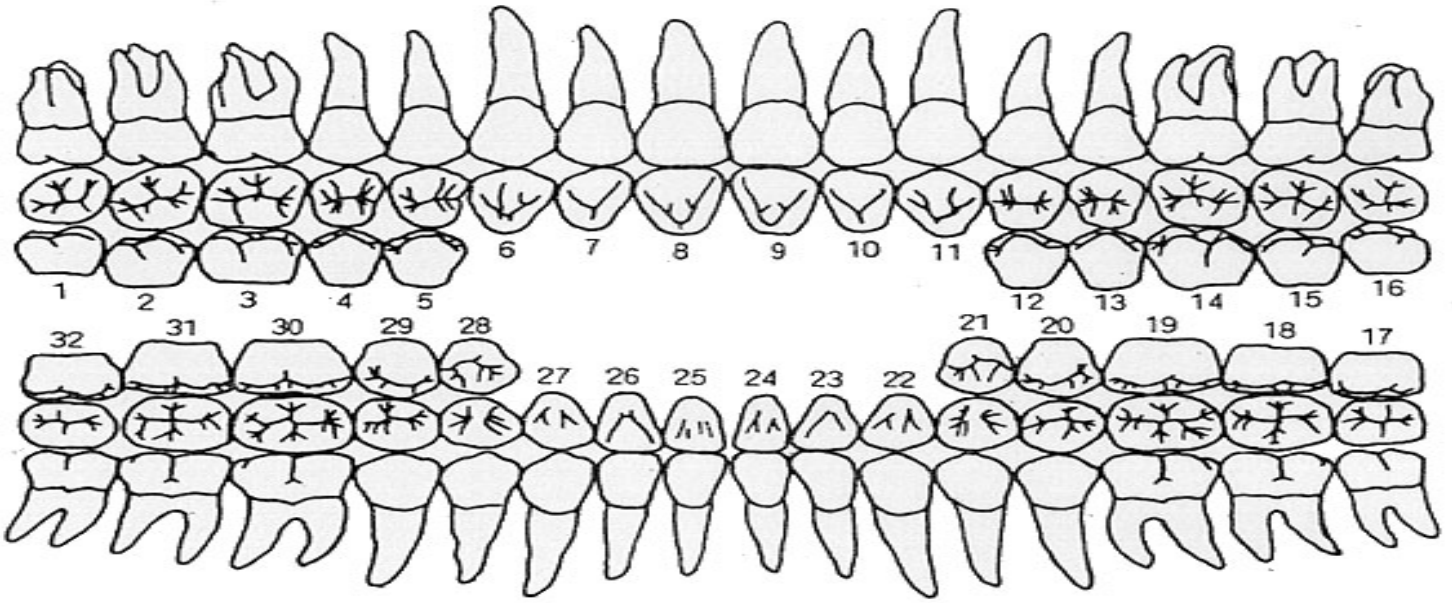
カルテＮｏ.

受診日　　平成　　年　　月　　日

受信者氏名

生年月日　　ＭＴＳ　　年　　月　　日生

B															
P															
	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
L																
B																

咬合診断 開閉時の変位　（有・無） 顎関節部の雑音　（有・無） 加圧テストによる疼痛（有・無） 早期接触部位		