

17号様式

日本レーザー歯学会 専門医申請 症例報告用紙

申請者氏名：

症例番号：

患者の年齢、性別：

臨床的診断名：

使用したレーザーの種類と目的：

主訴：

現病歴：

既往歴（全身・局所）：

口腔内所見（特に主訴部位）：

局所麻酔の有無（有なら種類と量）：

レーザーの照射条件と照射方法（詳しく記載）：

照射直後の処置の有無（有なら内容）：

術後の経過：

注意事項：使用したレーザー機器と症例は薬事承認されたものに限る。

症例は術前、術直後、予後（1週間以上）の3つの写真（カラー）（L版のサイズ）をそろえること。必要に応じてエックス線写真も添付すること。

症例は予後良好なものに限る。写真は鮮明なものに限る。

写真貼付用紙
術前

術直後

予後経過（処置後 週）