

## 様式6 記入の要点

### 日本臨床歯周病学会 認定医症例報告書

申請者氏名: \_\_\_\_\_ 印

歯周外科(有・無) 歯周外科部位・手術法:

---

年齢: \_\_\_\_\_ 歳、 性別: \_\_\_\_\_

初診: 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

主訴: \_\_\_\_\_

#### 家族歴

聴取できた範囲で記載してください。また、臨床的に侵襲性歯周炎既往を推察されるものがいるかどうかを記載してください。あり なし 不明 (ありの場合誰がどういった状況であるか)

#### 全身既往歴

糖尿病、心臓血管疾患、高血圧、脂質異常症、腎疾患、肝胆脾疾患、消化器疾患、耳鼻咽頭疾患、血液疾患、膠原病、骨代謝疾患、内分泌疾患、リウマチ、精神疾患、認知症、その他 (発症時期、と現在の状況等)

#### 口腔既往歴

歯科治療受診歴(う蝕治療、歯周治療経験の有無、矯正治療経験の有無)を記載するが、歯周病発症時期を推察できる既往を記載できるとよい、直近 1 年以内の歯科受診歴を記載する。これまでの口腔清掃習慣(1 日の歯磨き回数、1 日の歯磨き時間、補助道具の使用の有無と頻度、ブラッシング指導経験の有無)

#### 現症

##### 全身所見

身長 体重 BMI 喫煙歴(なし、あり(過去喫煙、現在))ありの場合 1 日のパック数、喫煙年数、全身疾患の有無  
服薬があればその状態 その他

##### 局所所見

##### 歯列・咬合所見

歯周組織に影響があるような残存歯の状態(歯内病変を有する歯、不適合補綴物など)の記載。  
咬合所見: 下顎位置関係(Angle 級)、不正咬合(前歯の被蓋関係)、歯列弓形態、下顎運動時接触歯数(右側側方、左側側方、前方)、外傷性咬合(なし、あれば部位と内容(早期接触、平衡側干渉、フレミタスなど))、プラキシズム、口呼吸(なし、あり)、食片の圧入(なし、あれば部位)、充填物、補綴物および義歯の状態(外傷性咬合、)

##### 歯周組織所見

PISA: mm<sup>2</sup>、PESA: mm<sup>2</sup>、全顎平均 PD、4mm 以上 PD 部位率、6mm 以上の PD を有する歯数、BOP(+)率、オレリ一の PCR、歯肉形態(腫脹型、退縮型など)、全体のエックス線での骨吸収程度(歯根長の 15%未満、歯根長の 15% 以上 1/3 以下、歯根長の 1/3 を超える)、骨吸収最大部位(部位、歯根長に対する%)、骨吸収%/年齢比(最も重度である部位: FDI で歯種も記載する)、プロービング時の所見(歯石、歯根の亀裂・裂溝、補綴物のマージン不適合など)

## 病因

全身的リスク因子: \_\_\_\_\_

局所的リスク因子 : \_\_\_\_\_

列挙される因子は上記の既往歴～口腔内所見に所見として記載されているか再確認して下さい。

## 臨床診断(日本歯周病学会「歯周治療のガイドライン 2022」に準ずる)

(「AAP・EFP の新分類 2018」併記)

\_\_\_\_\_ , ステージ \_\_\_\_\_ グレード \_\_\_\_\_

## 治療計画、治療目標(初診時)

初診時治療計画において「歯周基本治療」「歯周外科治療」「口腔機能回復治療」は部位と実施予定の処置を明確に記すこと。歯周基本治療では局所的因子に対して、対応されていることが望ましい。

## 歯周外科手術の種類とその術式選択の目的

歯周外科手術実施部位はガイドライン、過去の報告と照らし合わせて術式・材料の妥当性と手術の目的を記載する。

## 治療時の留意点(治療計画の修正等)

治療に対する患者の反応性、全身状態、コンプライアンス、患者の希望などにより、配慮していることや治療計画時とは異なる外科治療、機能回復治療行った内容。またその変更によっても将来的に長期の予後を得るための患者への指示や配慮を記載する。

## 治療経過

治療を行った部位は可能な限り記載して下さい。(全顎での口腔清掃指導や機械的歯面研磨については部位の記載はなくても構いません)。

## 特記事項と問題点等

SPT(メインテナンス)移行時の現在歯数、機能歯数、現在のブラッシング習慣(補助道具の種類と適応部位など)、オレリーPCR、平均PD、4mm以上PD部位率、6mm以上PD部位率と歯数、BOP(+)率、根分岐部病変の状態(初診時あれば)、機能回復治療後の咬合状態(初診時と比べて)、エックス線写真で観察される変化(初診時と比べて)など歯周治療の効果を客観的に評価し、どこにどんな治療が必要になるか方針を記載する。

## メインテナンス/SPT 時の問題点とその対応

現在SPT(メインテナンス)で実施していること。特に残存した歯周ポケット、セルフケアで除去できないプラークの残存部位(根分岐部等)、ブラキシズムなどの問題点に対し、具体的に行っている対応やこれまでメインテナンス実施してきた状況を踏まえての今後の再治療の可能性などがあればそれについて記載する。

指導医氏名: \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_