

顎関節症経過観察用シート

カルテ番号 : _____

フリガナ

患者氏名 : _____ (男・女)




生年月日 : (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

記載日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

開口障害の自覚 :

開口距離 : 無痛最大開口量 _____ mm、自発最大開口量 _____ mm、強制最大開口量 _____ mm

強さ VAS




なし  0 _____ 5  10  我慢できない

記載日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

開口障害の自覚 :

開口距離 : 無痛最大開口量 _____ mm、自発最大開口量 _____ mm、強制最大開口量 _____ mm

強さ VAS




なし  0 _____ 5  10  我慢できない

記載日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

開口障害の自覚 :

開口距離 : 無痛最大開口量 _____ mm、自発最大開口量 _____ mm、強制最大開口量 _____ mm

強さ VAS




なし  0 _____ 5  10  我慢できない

記載日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

開口障害の自覚 :

開口距離 : 無痛最大開口量 _____ mm、自発最大開口量 _____ mm、強制最大開口量 _____ mm

強さ VAS

なし  0 _____ 5  10  我慢できない