

認定歯科衛生士試験 「症例提出用テンプレート」 利用に関する留意点(2023.12.17update)

- 提出症例視覚資料の表紙と口腔内写真5枚法の提出は必須です(テンプレート 2、3、4)。
- 各ページに薄緑で書かれた要領に沿って作成してください。
- 提出の際は、各ページに薄緑で書かれた要領とこのページならびに未使用のページを削除してください。
- 9枚法または11枚法の場合は、5枚法のテンプレートに追加してそれぞれのテンプレートを使用してください(テンプレート 5, 6, 7, 8)。
- 義歯装着症例に関しては、義歯未装着の写真に加えて、装着時の写真を加えてください(テンプレート 9、10、11、12、13、14)。
- すべての症例において、全顎エックス線写真(デンタル10枚法(14枚法)もしくはパノラマエックス線写真)を添付すること。添付する全顎エックス線写真は、初診時と最新SPT時の2つの時点での提出とする。ただし、初診がエックス線写真義務化のルールを案内した時期(令和3(2021)年秋季学術大会)より前の場合などは提出できない理由を記載すること。

認定歯科衛生士試験 提出症例視覚資料

- ◆ 症例No.○：○○○○年○○月○○日生、初診時○○才、○性
- ◆ 初診時：○○○○年○○月○○日
- ◆ メンテナンスまたはSPT移行時：○○○○年○○月○○日
- ◆ 最新メンテナンスまたはSPT時：○○○○年○○月○○日

初診時: ○○○○年○○月○○日(5枚法)

初診時○○才、○性

口腔内写真
右側側方面観

(ミラー像は反転
推奨倍率 2/3倍)

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
正面観

(推奨倍率 1/2倍)

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側側方面観

(ミラー像は反転
推奨倍率 2/3倍)

サイズ: 高さ 5 cm

メンテナンスまたはSPT移行時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側側方面観

(ミラー像は反転
推奨倍率 2/3倍)

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
正面観

(推奨倍率 1/2倍)

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側側方面観

(ミラー像は反転
推奨倍率 2/3倍)

サイズ: 高さ 5 cm

最新メンテナンスまたはSPT時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側側方面観

(ミラー像は反転
推奨倍率 2/3倍)

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
正面観

(推奨倍率 1/2倍)

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側側方面観

(ミラー像は反転
推奨倍率 2/3倍)

サイズ: 高さ 5 cm

申請者氏名: ○○

初診時: ○○○○年○○月○○日 (5枚法)

初診時○○才、○性

口腔内写真
上顎咬合面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
下顎咬合面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

サイズ: 高さ 5 cm

メンテナンスまたはSPT移行時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
上顎咬合面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
下顎咬合面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

サイズ: 高さ 5 cm

最新メンテナンスまたはSPT時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
上顎咬合面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
下顎咬合面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

サイズ: 高さ 5 cm

申請者氏名: ○○

初診時: ○○○○年○○月○○日 (9枚法)

初診時○○才、○性

口腔内写真
右側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

メンテナンスまたはSPT移行時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

最新メンテナンスまたはSPT時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

申請者氏名: ○○

初診時: ○○○○年○○月○○日 (9枚法)

初診時○○才、○性

口腔内写真
右側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

メンテナンスまたはSPT移行時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

最新メンテナンスまたはSPT時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

申請者氏名: ○○

初診時:〇〇〇〇年〇〇月〇〇日(11枚法)

初診時〇〇才、〇性

口腔内写真
右側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ:高さ 5 cm

口腔内写真
前歯部口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ:高さ 5 cm

口腔内写真
左側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ:高さ 5 cm

メンテナンスまたはSPT移行時:〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

口腔内写真
右側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ:高さ 5 cm

口腔内写真
前歯部口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ:高さ 5 cm

口腔内写真
左側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ:高さ 5 cm

最新メンテナンスまたはSPT時:〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

口腔内写真
右側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ:高さ 5 cm

口腔内写真
前歯部口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ:高さ 5 cm

口腔内写真
左側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ:高さ 5 cm

申請者氏名:〇〇

初診時: ○○○○年○○月○○日 (11枚法)

初診時○○才、○性

口腔内写真
右側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
前歯部舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

メンテナンスまたはSPT移行時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
前歯部舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

最新メンテナンスまたはSPT時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
前歯部舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

申請者氏名: ○○

初診時: ○○○○年○○月○○日 (5枚法: 義歯装着時)

初診時○○才、○性

口腔内写真
右側側方面観

(ミラー像は反転
推奨倍率 2/3倍)

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
正面観

(推奨倍率 1/2倍)

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側側方面観

(ミラー像は反転
推奨倍率 2/3倍)

サイズ: 高さ 5 cm

メンテナンスまたはSPT移行時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側側方面観

(ミラー像は反転
推奨倍率 2/3倍)

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
正面観

(推奨倍率 1/2倍)

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側側方面観

(ミラー像は反転
推奨倍率 2/3倍)

サイズ: 高さ 5 cm

最新メンテナンスまたはSPT時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側側方面観

(ミラー像は反転
推奨倍率 2/3倍)

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
正面観

(推奨倍率 1/2倍)

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側側方面観

(ミラー像は反転
推奨倍率 2/3倍)

サイズ: 高さ 5 cm

申請者氏名: ○○

初診時: ○○○○年○○月○○日 (5枚法: 義歯装着時)

初診時○○才、○性

口腔内写真
上顎咬合面

(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
下顎咬合面

(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

サイズ: 高さ 5 cm

メンテナンスまたはSPT移行時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
上顎咬合面

(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
下顎咬合面

(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

サイズ: 高さ 5 cm

最新メンテナンスまたはSPT時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
上顎咬合面

(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
下顎咬合面

(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

サイズ: 高さ 5 cm

申請者氏名: ○○

初診時: ○○○○年○○月○○日 (9枚法: 義歯装着時)

初診時○○才、○性

口腔内写真
右側口蓋側面観

〔ミラー像は反転〕
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側口蓋側面観

〔ミラー像は反転〕
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

メンテナンスまたはSPT移行時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側口蓋側面観

〔ミラー像は反転〕
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側口蓋側面観

〔ミラー像は反転〕
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

最新メンテナンスまたはSPT時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側口蓋側面観

〔ミラー像は反転〕
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側口蓋側面観

〔ミラー像は反転〕
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

申請者氏名: ○○

初診時: ○○○○年○○月○○日 (9枚法: 義歯装着時)

初診時○○才、○性

口腔内写真
右側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

メンテナンスまたはSPT移行時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

最新メンテナンスまたはSPT時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

申請者氏名: ○○

初診時: ○○○○年○○月○○日 (11枚法: 義歯装着時)

初診時○○才、○性

口腔内写真
右側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
前歯部口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

メンテナンスまたはSPT移行時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
前歯部口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

最新メンテナンスまたはSPT時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
前歯部口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側口蓋側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

申請者氏名: ○○

初診時: ○○○○年○○月○○日 (11枚法: 義歯装着時)

初診時○○才、○性

口腔内写真
右側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
前歯部舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

メンテナンスまたはSPT移行時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
前歯部舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

最新メンテナンスまたはSPT時: ○○○○年○○月○○日

口腔内写真
右側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
前歯部舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

口腔内写真
左側舌側面観

(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍

サイズ: 高さ 5 cm

申請者氏名: ○○

口腔内写真提示参考例1(義歯あり)



右側口蓋側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



前歯部口蓋側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



左側口蓋側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



上顎咬合面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍



右側側方面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



前歯部正面観
推奨倍率 2/3倍



左側側方面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



正面観
推奨倍率 1/2倍



右側舌側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



前歯部舌側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



左側舌側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



上顎咬合面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

口腔内写真提示参考例1(義歯なし)



右側口蓋側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



前歯部口蓋側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



左側口蓋側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



上顎咬合面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍



右側側方面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



前歯部正面観
推奨倍率 2/3倍



左側側方面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



正面観
推奨倍率 1/2倍



右側舌側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



前歯部舌側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



左側舌側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



上顎咬合面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

口腔内写真提示参考例2(義歯あり)



右側口蓋側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



前歯部口蓋側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



左側口蓋側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



上顎咬合面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍



右側側方面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



前歯部正面観
推奨倍率 2/3倍



左側側方面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



正面観
推奨倍率 1/2倍



右側舌側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



前歯部舌側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



左側舌側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



上顎咬合面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

口腔内写真提示参考例2(義歯なし)



右側口蓋側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



前歯部口蓋側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



左側口蓋側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



上顎咬合面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍



右側側方面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



前歯部正面観
推奨倍率 2/3倍



左側側方面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



正面観
推奨倍率 1/2倍



右側舌側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



前歯部舌側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



左側舌側面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 2/3倍



上顎咬合面観(ミラー像は反転)
推奨倍率 1/2倍

(2021.10.14改正)

すべての症例において、全顎エックス線写真(デンタル10枚法(14枚法)もしくはパノラマエックス線写真)を添付すること。添付する全顎エックス線写真は、初診時と最新SPT時の2つの時点での提出とする。ただし、初診がエックス線写真義務化のルールを案内した時期(令和3(2021)年秋季学術大会)より前の場合などは提出できない理由を記載する。

(2021.10.14改正)

すべての症例において、全顎エックス線写真(デンタル10枚法(14枚法)もしくはパノラマエックス線写真)を添付すること。添付する全顎エックス線写真は、初診時と最新SPT時の2つの時点での提出とする。ただし、初診がエックス線写真義務化のルールを案内した時期(令和3(2021)年秋季学術大会)より前の場合などは提出できない理由を記載する。

その他追加したい口腔内写真やレントゲン写真などがあれば、適宜スライドを増やしそれらを貼い付けて下さい。
尚、その場合は追加した資料のポイントを明記して下さい。