様式6

認定歯科衛生士申請患者一覧表

担当症例の報告書・チャートの確認を行ってから署名願います。

在職機関所属長名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 患者氏名（イニシャルで記載する） | 性別 | 初診時年齢 | 初診西暦年月日 | メインテナンス（SPT）移行西暦年月日 | 最近のメインテナンス（SPT）西暦年月日 | 外科処置(行った症例に○印をつける） | 主治医氏名（自書） | 主治医所属機関名 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記載例 | K．I． | 男性 | 61 | 2007年10月1日 | 2008年2月1日 | 2015年8月1日 | ○ | □藤△一 | 大日本歯科大学歯科病院歯周病科 |

（注）ケースプレゼンテーションに使用する予定のケースを症例番号の１に記入してください