

## ノンクラスプ系デンチャー予後評価

**実施期間：**平成 24 年度 6 月から，義歯装着時から 2 年程度，装着時，Fu 半年間隔で 3 回

**使用義歯：**レイニング N を使用した，非フレキシブルデンチャー．可能な限り金属製のレストや，大連結子など，メタルパーツを併用して下さい．短期間の使用や，金属アレルギー等の理由で金属部品を除いて製作する場合，また，ポリアミド系のフレキシブルデンチャーを製作する場合は，その旨を備考に明記して下さい．

**適応症例：**原則として，Eichner B2 以下の症例で，安定した咬合支持を有するもの

**非適用症例：**

- 高度のう蝕，歯周病の存在．
- 支台歯の歯冠歯根比が極めて悪い症例，鉤歯の動揺が 0.5 以上
- 少数残存歯，すれ違い症例で，咬合支持が不足する症例
- 支台歯が抜歯予定
- 2 年以内に，リコールが行えない症例

**設計時の注意：**

- 支台歯のアンダーカットを大きく取ると，維持アームの破損が生じやすくなると考えられるため，着脱方向を支台歯の傾斜に合わせるか，支台歯のリカンタタリング・歯冠修復を行って，アンダーカット量が適切となるよう調整する．
- 適切なガイドプレーンとレストを付与して，義歯機能時に維持腕に負担が生じないように注意する．

**担当：**治験申請に名前の記載された医員，その以外の Dr が実施する場合は，責任者に相談のうえ，必ず，申請医員と連名で実地すること．（学外で実施医では不要）

**費用：**別紙．2 年以内の，義歯の修理・調整料は，装着料に含まれる．

**目標：**明確なエビデンスを求めるため，クラスプデンチャーを対照として，欠損状況をマッチングした上で，ノンクラスプデンチャーと比較を行い，前向きコホート研究を実施する．

**実施施設**

日本歯科大学新潟病院総合診療科，および提携協力施設

カルテ No	男性・女性 生年月日 年 月 日	担当医： 引き継ぎ医：
患者氏名	義歯装着 年 月 日 印 評価終了 年 月 日 印	旧義歯使用年数 年 担当施設

義歯装着時歯式

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

In, CRF, Cr, Br, PD, Imp, MT=△,

製作義歯

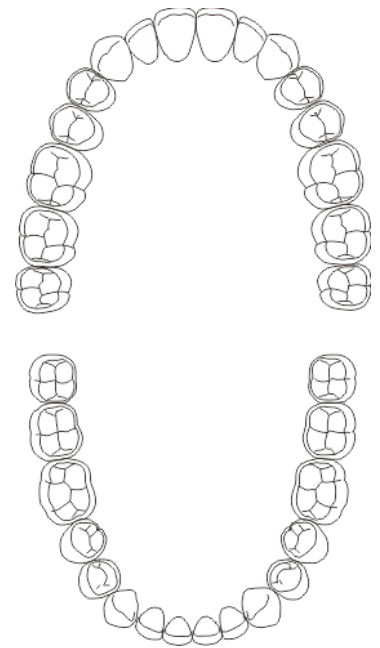
使用材料 レイニング N その他 ( )

口腔内写真□, 義歯写真□, 義歯装着時写真□

装着義歯のシェーマを図中に記入

メタルレスト, クラスプ併用, メタル大連結子併用の場合は, 図中に記載してください

備考 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



義歯修理・再製履歴

年 月 日

修理・再製内容 \_\_\_\_\_

年 月 日

修理・再製内容 \_\_\_\_\_

年 月 日

修理・再製内容 \_\_\_\_\_

年 月 日

修理・再製内容 \_\_\_\_\_

(No ) 支台歯：義歯装着時・後歯周精密検査

装着時

Fu 2 回目

Fu 3 回目

Fu 4 回目

年 月 日										
No	B			L			Mo	C		
	M	B	D	M	B	D				
p										
a										
p										
a										
p										
a										
p										
a										
p										
a										
p										
a										
p										
a										

PCR=

PCR=

PCR=

PCR=

p:ポケット, a:アタッチメントレベル, Mo:動揺度, C:う蝕・欠損 B:頬側 L:舌側

\*aは, ポケット底から, エナメルセメントジャンクション, あるいは歯冠修復物のマージンまでの距離

使用時主観的評価 (患者様記載)

入れ歯の装着感

0 : 極めて悪い

10 : 極めて良い

入れ歯の安定

0 : 極めて悪い

10 : 極めて良い

食べやすさ

0 : 極めて悪い

10 : 極めて良い

旧義歯			
新義歯調整後			
年 月 日			
年 月 日			
年 月 日			

治療備考

義歯装着時から評価が始まります

カルテ No	男性・女性 生年月日 年 月 日	担当医： 引き継ぎ医：
患者氏名  ○ ○ ○ ○	義歯装着 年 月 日 印 評価終了 年 月 日 印	旧義歯使用年数 年  担当施設

義歯装着時歯式

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

In, CRF, Cr, Br, PD, Imp, MT=△,  
製作義歯

使用材料 レイニング N その他 ( )  
口腔内写真□, 義歯写真□, 義歯装着写真□  
装着義歯のシェーマを図中に記入  
メタルレスト, クラスプ併用, メタル大連結子併用の場合は, 図中に記載してください

原則レイニング N  
他の材料使用時は理由と材料名を明記

メタルレストは付与して下さい

備考

口腔内と義歯の写真撮影を行って下さい

義歯修理・再製履歴

年 月 日

修理・再製内容

大幅な修理, 調整を行った場合は, 日時と方法を記載して下さい  
写真があれば, ベスト!

年 月 日

修理・再製内容

年 月 日

修理・再製内容

年 月 日

修理・再製内容

維持腕の維持力が低下した場合は維持腕の先端部分内面に, 即時重合レジンを接着させます。また維持アーム破折の際は, 義歯をピックアップ印象して, 技工所預かりで維持アームを溶着します

(No ) ~~支台歯：義歯装着時・後歯周精密検査~~

評価回数が4回より  
多くなる場合は  
2枚目を追加します

装着時

Fu2 回目

Fu3 回

回目

年 月 日					年 月 日					年 月 日					年 月 日								
No		B	L	M	C	No		B	L	M	C	No		B	L	M	C	No		B	L	M	C
p						p						p											
a						a						a											
p						p						p											
a						a						a											
p						p						p											
a						a						a											
p						p						p											
a						a						a											
p						p						p											
a						a						a											
p						p						p											
a						a						a											

鉤歯のみを評価しま  
す。6点法、臨床的な  
アタッチメントレベル  
も記載します

p:ポケット, a:アタッチメントレベル, Mo:動揺度, C:う蝕・欠損 B:頬側 L:舌側

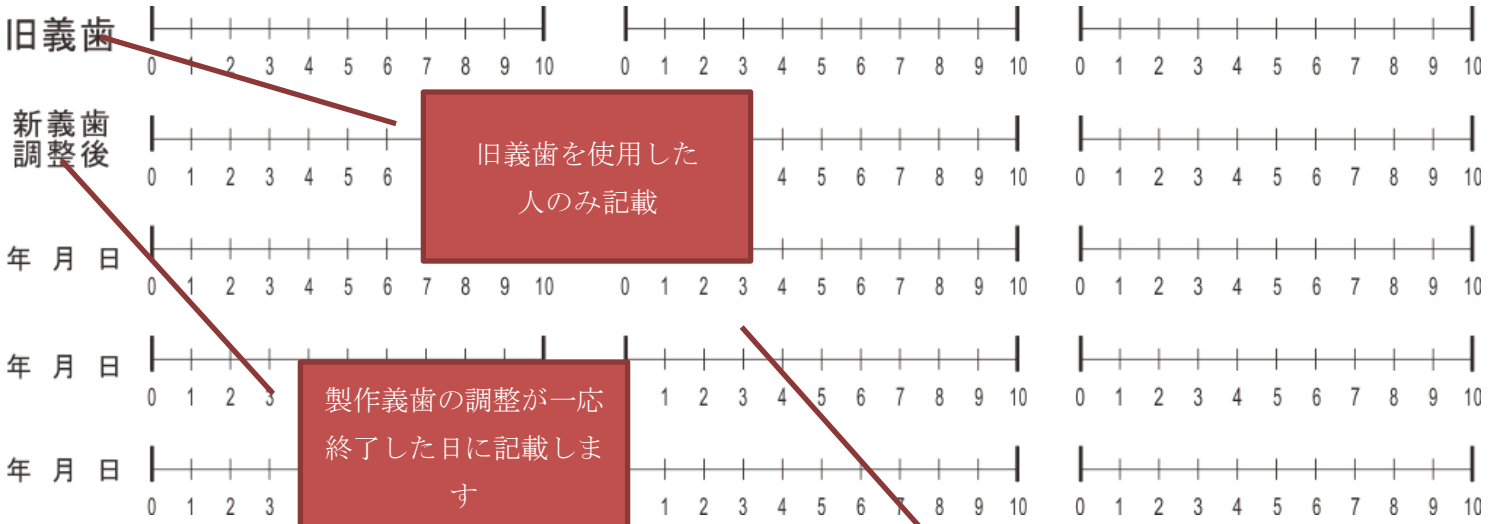
\*aは、ポケット底から、エナメルセメントジャンクション、あるいは歯冠修復物のマージンまでの距離

使用時主観的評価（患者様記載）

入れ歯の装着感  
0：極めて悪い  
10：極めて良い

入れ歯の安定  
0：極めて悪い  
10：極めて良い

食べやすさ  
0：極めて悪い  
10：極めて良い



旧義歯を使用した  
人のみ記載

製作義歯の調整が一応  
終了した日に記載しま  
す

治療備考

評定尺度  
評価時に患者さんに  
0～10のいずれかを  
選んで○をつけて貰います