

記載日 年 月 日

あごの関節・歯ぎしり外来

治療評価シート（二次治療 RCT を行う場合は、専用シートを使用する事）

患者様に対して承諾を得た上で、本診査表を使用すること。

患者様氏名（ふりがな）	性別 男 女 年齢 才	主訴の持続期間 年 月 週 日
治療担当者	二次治療の開始 あり なし 治療法；	

術者記載欄

回数	治療日	開口量（mm）	治療コメント
初診	月 日	mm	
術直後	月 日	mm	
2回目	月 日	mm	
3回目	月 日	mm	
4回目	月 日	mm	
5回目	月 日	mm	
6回目	月 日	mm	
7回目	月 日	mm	
8回目	月 日	mm	
9回目	月 日	mm	
終了	月 日	mm	

*予約は2週間程度を目安とし、最終評価は4週から6週としてください

主訴（患側：右・左・両側）

疼痛 なし・関節・咀嚼筋疼痛・頭痛頸部痛

運動障害 なし・開口制限・ひっかかり・閉口制限

関節音 なし・クリック・クレピータス

MRI 病態

右 円板転位 なし・偏位・転位復位型・転位非復位型・側方,

骨変化 なし・あり

左 円板転位 なし・偏位・転位復位型・転位非復位型・側方,

骨変化 ない・あり

患者様記入欄

痛み 0 : 痛みがない, 1 : 違和感, ~ 10 : 最悪の痛みの中で, 痛みの程度を記載してください

初診時	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
初術後	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
終了 回	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

関節音 0 : 音がない~ 10 : 非常に気になる大きな音の中で, 関節の音の程度を記載してください

初診時	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
初術後	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9回目	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
終了 回	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10