（イ）0～3歳未満　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印　　第14号様式14－2指導医用

患者No.	患児名　（性別）又はカルテNo.	医療機関名	診療年月日 年齢	診療内容	特記事項（全身疾患，発達障害など）
例1	G・T(男)　11512	○○大学病院 小児歯科	2018.7.8　(2y8m)	レジン充填	なし

患者名、カルテNoは提出時には削除すること。但し委員会の要請に応じ診療記録が提出できるようにしておくこと

（ロ）3～6歳未満　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印　　第14号様式14－2指導医用

患者No.	患児名　（性別）又はカルテNo.	医療機関名	診療年月日 年齢	診療内容	特記事項（全身疾患，発達障害など）
例1	M・J(男)　12894	○○大学病院 小児歯科	2018.7.8　(4y8m)	既製冠	なし

患者名、カルテNoは提出時には削除すること。但し委員会の要請に応じ診療記録が提出できるようにしておくこと

（ハ）6～12歳未満　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印　　第14号様式14－2指導医用

患者No.	患児名 （性別）又はカルテNo.	医療機関名	診療年月日 年齢	診療内容	特記事項（全身疾患，発達障害など）
例1	T・S(男) 15813	○○大学病院 小児歯科	2019.7.10 8y8m	乳歯抜去	なし

患者名、カルテNoは提出時には削除すること。但し委員会の要請に応じ診療記録が提出できるようにしておくこと

（二）12歳以上　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印　　第14号様式14－2指導医用

患者No.	患児名　（性別）又はカルテNo.	医療機関名	診療年月日 年齢	診療内容	特記事項（全身疾患，発達障害など）
例1	S・S(男)　18634	○○大学病院 小児歯科	2020.10.28 14y2m	レジン充填	自閉スペクトラム症

患者名、カルテNoは提出時には削除すること。但し委員会の要請に応じ診療記録が提出できるようにしておくこと

（ホ）障害児または有病児　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印　　第14号様式14－2指導医用

患者No.	患児名 （性別）又はカルテNo.	医療機関名	診療年月日 年齢	診療内容	特記事項（全身疾患，発達障害など）
例1	H・G(男) 12486	○○大学病院 小児歯科	2016.7.8 (5y10m)	スケーリング	脳性麻痺

患者名、カルテNoは提出時には削除すること。但し委員会の要請に応じ診療記録が提出できるようにしておくこと

（へ）全身麻酔、鎮静等特別な対応法を用いた患者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印　　第14号様式14－2指導医用

患者No.	患児名　（性別）又は カルテNo.	医療機関名	診療年月日 年齢	診療内容	特記事項（全身疾患，発達障害など）
例1	K・R(男)　13549	○○大学病院 小児歯科	2014.9.14 (6y4m)	レジン充填	知的能力障害

患者名、カルテNoは提出時には削除すること。但し委員会の要請に応じ診療記録が提出できるようにしておくこと