（イ）0～3歳未満　　氏名＿＿＿＿＿＿　第14号様式14－2　　指導医用

| 患者NO | 患児名　（性別）<br>又はカルテNO | 医療機関名 | 診療年月日<br>年齢 | 診療内容 | 特記事項（全身疾患，発達障害など） | 被指導医名 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 例1 | 元禄太郎(男)<br>11512 | ○○大学病院<br>小児歯科 | 2018.7.8<br>（2y8m） | レジン充填 | なし | 令和 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

（ロ）3～6歳未満　　氏名＿＿＿＿＿＿　第14号様式14－2　　指導医用

| 患者NO | 患児名　（性別）<br>又はカルテNO | 医療機関名 | 診療年月日<br>年齢 | 診療内容 | 特記事項（全身疾患，発達障害など） | 被指導医名 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 例1 | 明治次郎(男)<br>12894 | ○○大学病院<br>小児歯科 | 2018.7.8<br>（4y8m） | 既製冠 | なし | 令和 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

（ハ）6～12歳未満　　氏名＿＿＿＿＿＿　第14号様式14－2　　指導医用

| 患者NO | 患児名 （性別）<br>又はカルテNO | 医療機関名 | 年齢 | 診療内容 | 特記事項（全身疾患，発達障害など） | 被指導医名 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 例1 | 大正三郎(男)<br>15813 | ○○大学病院<br>小児歯科 | 2019.7.10<br>8y8m | 乳歯抜去 | なし | 令和 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

（二）12歳以上　　氏名＿＿＿＿＿＿　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 | 年齢 | 診療内容 | 特記事項（全身疾患，発達障害など） | 被指導医名 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 例1 | 昭和四郎(男)<br>18634 | ○○大学病院<br>小児歯科 | 2020.10.28<br>14y2m | レジン充填 | 自閉スペクトラム症 | 令和 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

（ホ）障害児または有病児　　氏名＿＿＿＿＿＿　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） | 被指導医名 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 例1 | 平成五郎(男)<br>12486 | ○○大学病院<br>小児歯科 | 2016.7.8<br>(5y10m) | スケーリング | 脳性麻痺 | 令和 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

（へ）全身麻酔、鎮静等特別な対応法を用いた患者　氏名＿＿＿＿＿＿＿　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） | 被指導医名 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 例1 | 享保六郎(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 | 令和 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |