

診療情報提供書（歯髄再生臨床研究専用）

平成 年 月 日

紹介先

独立行政法人 国立長寿医療研究センター
歯科口腔先進医療開発センター
再生歯科医療研究部
中島美砂子
〒474-8522 大府市森岡町源吾 35
TEL 0562-44-5651 内線 5066
FAX 0562-46-8684
E-mail ddrm@ncgg.go.jp

紹介医
住所
医院名
TEL
FAX
スタンプ可

この度、「自己歯髄組織由来幹細胞を用いた抜髄後歯髄組織再生療法開発」の臨床研究に参加を希望され、
①単根管の不可逆性歯髄炎 ②年齢 20 歳以上 55 歳未満 ③歯髄組織を供給できる不用歯を有する
患者さんをご紹介します。

患者氏名	様	性別	男 ・ 女
昭 ・ 平	年	月	日 生 (歳) 職業 ()
住所	TEL ()	—	

○をつけるかご記入願います。

1.主訴・診断			
部位	(原則として単根管でお願いします。)		
診断	不可逆性歯髄炎 (急性全部性単純性・急性全部性化膿性・慢性潰瘍性・慢性増殖性)		
2. やむを得ず抜髄処置をされた場合はこちらもご記載ください。			
患歯状態	消炎鎮痛剤投薬 () 日付	年	月 日
貼薬	() 日付	年	月 日
根尖部拡大	#		
最大拡大	#	まで mm アンダー	ジャスト mm オーバー
X線所見	破折: (有 ・ 無)	根尖部透過像: (有 ・ 無)	
歯質残存状態	骨縁上 (良好 ・ OK ・ 不良)		
3. 不用歯の状態: 部位			
萌出状態 (良好 ・ 不良)、埋伏 (有 ・ 無)、転移 (有 ・ 無)、			
歯髄状態 (健康 ・ 炎症有)、歯髄組織量 (多 ・ 普通 ・ 少)			

4. 既往歴・合併症の有無： 有 ・ 無 ※「有」の場合がお手数ですが、詳細をご記載ください。

- | | |
|----------|-----------------|
| 1) _____ | 治療中 ・ 経過観察中・既往癒 |
| 2) _____ | 治療中 ・ 経過観察中・既往癒 |
| 3) _____ | 治療中 ・ 経過観察中・既往癒 |
| 4) _____ | 治療中 ・ 経過観察中・既往癒 |
| 5) _____ | 治療中 ・ 経過観察中・既往癒 |

5. 今回の臨床研究での除外基準の確認：「有」がある場合は、臨床研究にはご参加いただけません。

- | | |
|--------------------------|-----------|
| 1) ウイルス・細菌・真菌・マイコプラズマ感染症 | (有 ・ 無) |
| 2) 重篤な心血管系疾患 | (有 ・ 無) |
| 3) 糖尿病 | (有 ・ 無) |
| 4) 骨粗鬆症 | (有 ・ 無) |
| 5) 妊娠中、妊娠している可能性 | (有 ・ 無) |
| 研究参加期間中に妊娠の希望 | (有 ・ 無) |
| 6) 抗菌薬や局所麻酔薬によるアレルギー歴 | (有 ・ 無) |
| 7) 知的障害者、精神疾患を有する | (有 ・ 無) |
| 8) 同意能力に問題があると考えられる | (有 ・ 無) |

患者さんの希望

その他、先生方のコメントなど
