

(公式記録用紙) 診療録に添付して保管することが義務付けられています。

実際の記録にあたっては、以下の様式を複製し、記入例に従って記入すること。

日時	推定受傷日： / / ; 初診日： / /		
感覚障害との関係が考えられる歯科的事象	有 (の疑い) ・ 無		
感覚障害部位	右・左・両側 / 三叉神経 第二枝・第三枝 (下歯槽・舌)		
	検査日	患部	対照
検査対象部位 (シエーマ番号参照) 部位番号： 閾値 で記入のこと	・	：	：
	・	：	：
	・	：	：
	・	：	：
	・	：	：
	・	：	：
感覚の鈍麻以外の異常感覚 (痛覚過敏, アロディニア, ジセステジア, パレステジア)	有 ・ 無		