（様式4）

**全身管理症例報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者名 |  |
| 実施施設名・実施年月日 |  | 年　　　月　　　日 |
| 基礎疾患名 |  |
| 患者の年齢・性別 | 年齢： | 性別： |
| 歯科疾患名 |  |
| 治療内容 |  |
| 治療時間・管理時間 | 治療時間： | 管理時間： |
| 全身管理法 | 精神鎮静法／モニタリング／その他（○を付ける） |
| 全身管理上の問題点 |  |
| 全身管理経過 |  |
| 考　　察 |  |