

社團法人台灣植牙聯盟醫學會

專科醫師聯合甄試口試五案例檢查總表

考試醫師姓名：\_\_\_\_\_ 填表日期：\_\_\_\_\_

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	術前口內清晰照片 (至少 1 張)	術前局部 PA 與環口 X 光片 (至少 2 張)	術中口內臨床清晰照片 (至少 1 張)	治療中口內臨床清晰照片 (至少 1 張)	完成贖復後口內清晰照片 (至少 1 張)	完成贖復後局部 PA 與環口 X 光片 (至少 2 張)	追蹤一年以上口內清晰照片 (至少 1 張)	追蹤一年以上局部 PA 與環口 X 光片 (至少 1 張)	請註明案例符合 12 科術式中的第幾項	五案例中三例為非單顆植牙 (請勾選)
CASE 1										<input type="checkbox"/> 單顆植牙 <input type="checkbox"/> 非單顆植牙
CASE 2										<input type="checkbox"/> 單顆植牙 <input type="checkbox"/> 非單顆植牙
CASE 3										<input type="checkbox"/> 單顆植牙 <input type="checkbox"/> 非單顆植牙
CASE 4										<input type="checkbox"/> 單顆植牙 <input type="checkbox"/> 非單顆植牙
CASE 5										<input type="checkbox"/> 單顆植牙 <input type="checkbox"/> 非單顆植牙

注意事項：

一、以上五案例須符合上述資料提供之基本要求，並符合 12 種術式中涵蓋至少 7 種以上技巧。(重複術式者算同一種，同一患者不同區算同一案例計，不算拆開不同案例。)

二、請於第九項填上術式號碼。

12 種規定術式如下：(1)Socket preservation (2)上顎竇增高 (3)GBR 或骨崎加寬手術 (4)Onlay graft 或垂直骨增高 (5)Immediate implant/loading

(6)Soft Tissue Management (7)單顆植牙假牙 (8)美觀區植牙(前牙植牙) (9)兩顆以上植牙牙橋 (10)覆蓋式義齒 (11)全口重建 (12)植牙併發症處理

三、五篇案例中必須有三例(含)以上為非單顆植牙，請於第十項勾選。

\*本人確實親自執行上述植牙五篇案例之治療步驟，特此聲明。

應考醫師姓名：\_\_\_\_\_ (親簽)

審查通過與否： 是 否

1. 審查委員簽名：\_\_\_\_\_ (親簽)

2. 審查委員簽名：\_\_\_\_\_ (親簽)

日期：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_