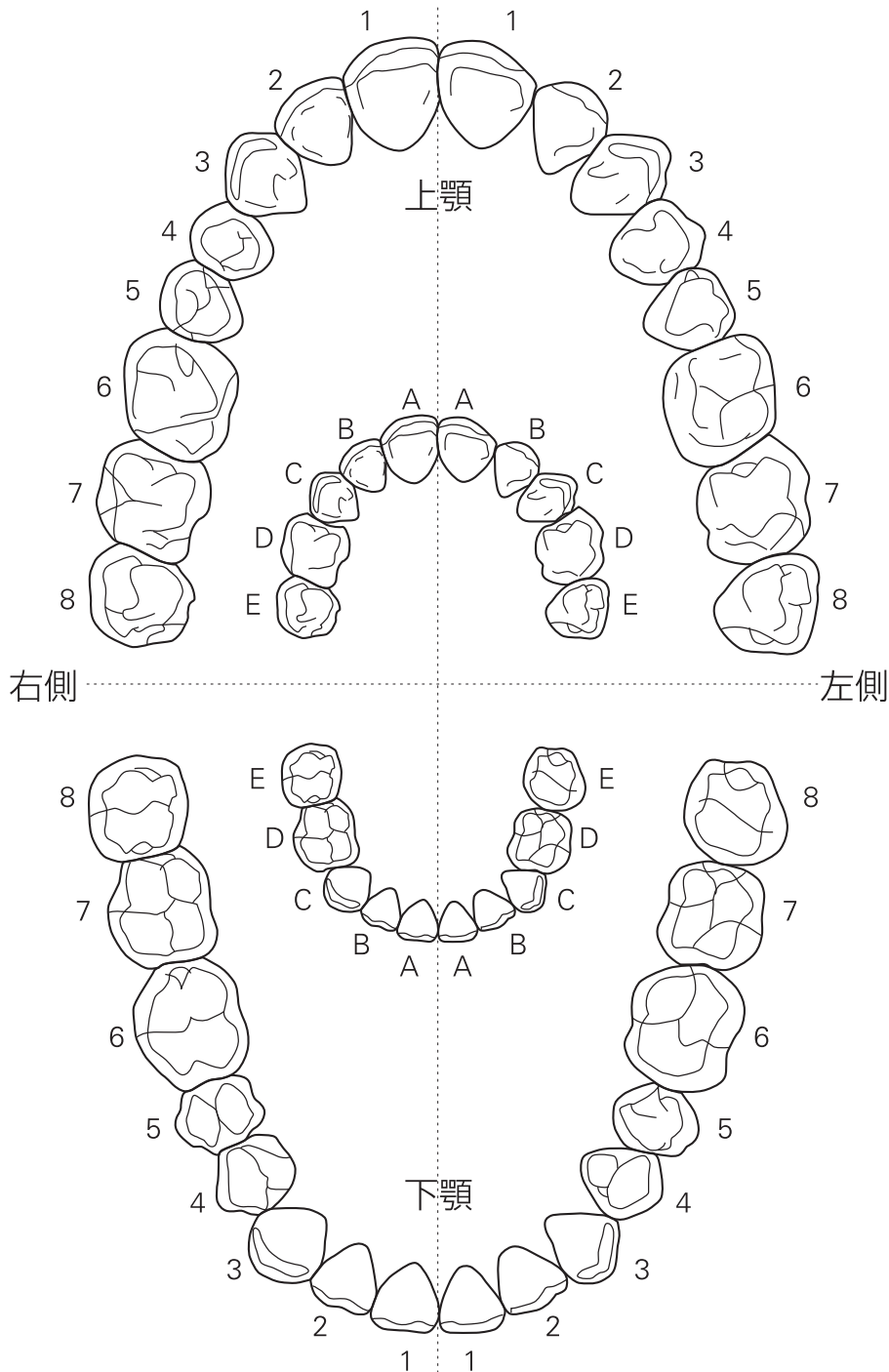


患者様名: _____

測定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

ダイアグノデント ペンでむし歯のチェックをした結果です。
日頃のご家庭での口腔ケアにお役立てください。



測定値と目安

歯の表面	歯と歯の間の面	目安

所見