

The Recommended Guidelines of the American Association of Endodontists for The Treatment of Traumatic Dental Injuries

外傷歯の治療のための米国歯内療法学会の推奨ガイドライン

外傷歯の治療のための米国歯内療法学会の推奨ガイドラインは、外傷歯の管理と治療において一般開業医を支援することを目的としている。

外傷を受けた歯の永久的な保持を保証することは不可能ですが、推奨される手順を使用して歯をタイムリーに治療することで、成功の可能性を最大化できる。

ガイドラインは絶対的なものではなく、個々の患者の健康状態、歯、体調、個人の嗜好の変化は、歯内治療専門医の推奨する治療における重要な要素である。一般開業医は治療結果を保証することはできない。

AAE は、AAE 外傷ガイドラインの開発において、外傷歯の評価と管理のための IADT ガイドラインを使用することを AAE に許可した国際歯科外傷学会の協力を感謝する。AAE はまた、<http://www.iadt-dentaltrauma.org/for-professionals> に示される IADT ガイドラインを承認する。

目次

表 1：永久歯列における破折および歯槽骨骨折の治療ガイドライン	4-5
表 2：破折永久歯および歯槽骨骨折のフォローアップ手順	6
表 3：永久歯の震盪、亜脱臼および脱臼の治療ガイドライン	7-9
表 4：永久歯の震盪、亜脱臼および脱臼損傷の鑑別診断	10
表 5：脱臼永久歯のフォローアップ手順	10
表 6：完全脱臼した根尖閉鎖歯の治療ガイドライン	11-12
表 7：完全脱臼した根尖開大歯の治療ガイドライン	13-14
表 8：根尖閉鎖あるいは開大している生活歯のフォローアップ手順	15

Table 1: 永久歯における歯の損傷及び歯槽骨骨折に対する治療ガイドライン

	歯冠破折		歯冠歯根破折	歯根破折	歯槽骨骨折
	不完全	完全			
定義と診断	エナメル質および象牙質に限局した破折	露髄を伴うエナメル質および象牙質の破折	歯冠崩壊を伴うエナメル質、象牙質、セメント質を含んだ破折 歯冠の破折線は歯肉縁の下まで広がっている状態 露髄の有無は問わない	歯根破折 そのうち、根尖・中央・歯頸部1/3に限局したもの	骨折した骨片中に歯牙を含むもので、歯牙に崩壊や動揺をきたしたものの
臨床評価と所見	電気診、温度診により生活反応をもたらす可能性がある 動揺度は正常 打診：(-) 圧痛が観察された場合、脱臼または歯根破折の可能性について精査を行う	電気診、温度診により生活反応をもたらす可能性がある 刺激に敏感となった露髄部を伴う動揺度は正常 打診：(-) 圧痛が観察された場合、脱臼または歯根破折の可能性について精査を行う	電気診、温度診により生活反応をもたらす可能性が高い 打診(-) 歯冠部の動揺を認める 破折した歯冠部は通常動揺をきたし、時に変位する	通常、根尖部の残根は変位しない 打診(-) 電気診は、最初のうちは陰性の可能性があるものの、一時的な歯髄へのダメージによると示唆される	骨折線は、マージンラインから根尖まで、あらゆるレベルに位置しうる 骨折が複数の歯槽骨に及ぶ場合、歯の動揺度は部位により異なる可能性がある 咬合干渉は、骨折片の復位不良によりしばしば生じる

<p>画像と放射線による評価と所見</p>	<p>変位や歯根破折の可能性を排除するため、咬合法及び2枚の根尖部位のエックス線写真が推奨される歯の断片や異物を探すための唇や頬の裂傷のエックス線写真</p>	<p>変位や歯根破折の可能性を排除するため、咬合法及び2枚の根尖部位のエックス線写真が推奨される歯の断片や異物を探すための唇や頬の裂傷のエックス線写真</p>	<p>変位や歯根破折の可能性を排除するため、咬合法及び2枚の根尖部位のエックス線写真が推奨されるCBCTは、骨折線をさらに追っていけるよう、また、その方向を明らかにするよう考慮されるべきである</p>	<p>咬合法エックス線写真は、補助的および中央から根尖1/3レベルを決定する歯頸部1/3の破折を追うために、2枚の平行法偏心位のエックス線写真が必要となる中央1/3の歯根破折の場合、CBCTは、唇舌的に歯頸部1/3によける破折線を追っていく</p>	<p>3つの角度と咬合フィルムに加えて、パノラマエックス線写真などの追加の検査は破折線の走行と位置を検知する CBCTは、特に口蓋または両方の皮質骨含む場合に、歯槽骨骨折の診断に役立つことがある</p>
<p>治療</p>	<p>破折片が残っていれば歯に接着することができる。そうでなければ、露出した象牙質をグラスアイオノマーで覆うか、接着剤とコ</p>	<p>若年者の根未完成歯では、歯髓の更なる根の発達を確保するため、歯髓覆髓または断髓によって歯髓の活力を維持することが非常</p>	<p>露髓なし：歯肉切除術および復位を伴うまたは伴わない断片除去 露髓及び根未完成歯：部分的な抜髓を実施し、歯髓の活力を維持</p>	<p>歯冠部破折片が歯槽から除去された後の根の破折については、治療ガイドラインを使用されたい(表6-8) それ以外の場合は、以</p>	<p>変位した部分を復位し、関連する歯を4週間、副子で固定する場合は、歯肉裂傷を縫合する</p>

	<p>ンポジットレジンを使用して永久的な修復物で仮治療を行う。破折した歯冠の根本的な治療は、ガイドラインにより受け入れられている歯科用修復材料による修復である</p>	<p>に重要である この治療法は、根尖閉鎖の治療でもある水酸化カルシウム化合物とMTA(白)は、このような手順に適した材料である 歯の破折片が利用できる場合、歯に結合することができる 破折した歯冠の治療は、他の受け入れられている歯科修復材料による修復である可能性がある</p>	<p>する 根が成熟した歯髄への曝露：根管治療を行った後、歯冠修復を行う 根尖部破折断端の矯正または外科的押し出しは、永久修復の前にマージンを露出するために行われる可能性がある 即時または免荷のインプラント固定クラウン修復または従来のブリッジによる抜歯 抜歯は、極端な垂直性破折である、極度の根尖伸展を伴う歯根破折では避けられない</p>	<p>下の説明に従うものとする 再植する前、露出した根の表面を生理食塩水ですすぐずれている場合は、できるだけ早く歯冠部の位置を変える エックス線撮影で正しい位置に復位していることを確認 4週間軟質スプリントで歯を安定させる 歯根の破折が歯頸部付近にある場合、安定化は長期間(最大4か月有効である 歯髄の状態を判断するには、少なくとも1年間治療経過を追う</p>	
--	---	--	---	--	--

				歯髄壊死が発生した場合、骨折線までの根管治療が示される	
--	--	--	--	-----------------------------	--

Table 2: 歯牙及び歯槽骨への損傷に対するフォローアップ手順

	歯冠破折		歯冠歯根破折		歯根破折	歯槽骨骨折
	単純なもの	複雑なもの	単純なもの	複雑なもの		
4週					スプリント除去	スプリント除去
6～8週	臨床的、放射線的観察	臨床的、放射線的観察	臨床的、放射線的観察	臨床的、放射線的観察	臨床的、放射線的観察	臨床的、放射線的観察
4か月					スプリント除去	スプリント除去
6か月					臨床的、放射線的観察	臨床的、放射線的観察
1年	臨床的、放射線的観察	臨床的、放射線的観察	臨床的、放射線的観察	臨床的、放射線的観察	臨床的、放射線的観察	臨床的、放射線的観察
5年毎					臨床的、放射線的観察	臨床的、放射線的観察

Table 3: 永久歯の震盪、亜脱臼および脱臼の治療ガイドライン

	振盪	亜脱臼	脱臼	側方脱臼	圧下
定義と診断	歯は触れた時、あるいは打診を呈する傾向がある	歯は対合に触れたり、打診を呈したり、変位した	歯の唇頬側または切縁方向への変位	歯軸方向以外の横方向の歯の変位; 通常、顔面の	歯の舌側および歯槽骨方向への変位

	るが、変位や異常な可動性はない	りするが、変位はしない		皮質骨の骨折を伴う	
臨床評価と結果	電気診、温度診では問題が見られないことが多い 打診(-)	電気診、温度診は最初は陰性であり、一時的な歯髄損傷を示す 電気診は肯定的な結果を与える可能性がある 打診(-)	歯は細長く見え、動きやすくなっている 電気診と温度診は否定的な結果を与える可能性がある 打診(-)	歯が動かないかロックされているように見える 歯槽突起の骨折は触知されること がある 電気診、温度診は、否定的な結果を与える可能性がある 打診(-)	歯は部分的または完全に閉塞しており、動かない状態でロックされている 歯槽突起の骨折は触知されること がある 電気診、温度診は、否定的な結果を与える可能性がある 打診(-)
画像および放射線写真による評価と結果	変位を排除するための近心および遠心からの2枚の根尖部エックス線写真 異常所見は示唆されない CBCTは、可能であれば、負傷の重症度に基づいて検討する必要がある	変位を排除するための近心および遠心からの2枚の根尖部エックス線写真 異常所見は示唆されない CBCTは、可能であれば、負傷の重症度に基づいて検討する必要がある	近心および遠心からの咬合法および2枚の根尖部エックス線写真 PDLスペースが拡大して表示される CBCT：主に矢状面と冠状面でのPDLスペースの増加と歯槽骨の	近心および遠心からの咬合法および2枚の根尖部エックス線写真 PDLスペースが拡大して表示される CBCT：主に矢状面と冠状面でのPDL空間の増加と歯槽骨骨折が認	近心および遠心からの咬合法および2枚の根尖部エックス線写真 歯根膜腔は、全周または一部に存在しない場合がある CEJは、隣接する負傷歯よりも根尖側に存在する

			連続性の確認	められる	歯が完全に陥入している場合は、鼻腔への交通を評価するため、側方レベルでの検討する必要がある CBCT:主に矢状面と冠状面に PDL スペースがない場合がある
緊急治療	治療の必要なし	必要に応じて、フレキシブルスプリント(最大0.016インチまたは0.4mm)を使用して2週間歯を固定	生理食塩水で患部を洗浄 そっと歯槽部に再植 歯肉裂傷、特に頸部の縫合 フレキシブルスプリント(最大0.016インチまたは0.4mm)を使用して、歯を2週間安定させる	生理食塩水で患部を洗浄 歯をデジタル的に再配置するか、ピンセットで歯を骨から外し、そっと元の位置に再植する。 歯肉裂傷、特に頸部の縫合。 歯を安定させる。 フレキシブルスプリント(最大0.016インチまたは	根末完成歯: -最大7mmの陥入、治療なしに再萌出可能にする 動揺がない場合、3週間以内に矯正矯正を開始する -7mmを超える場合は、3週間以内に外科的または矯正的に復位させる 成熟歯の場合: -最大3mm

				<p>0.4mm) を使用して 2 週間。変位が大きい場合は、4 週間スプリントする。</p>	<p>の侵入と 17 歳未満の場合、治療なしでも再萌出可能 2～3 週間経過しても動きがない場合は、強直症が発生する前に外科的または矯正的に位置を変える</p> <p>3～7 mm の侵入の場合、3 週間以内に外科的または歯科矯正的に復位させる</p> <p>7 mm を超える場合は、外科的に位置を変える</p> <p>フレキシブルスプリントを使用して 2 週間スプリント</p> <p>変位が大きい場合は、4 週間スプリントする</p> <p>-特に頸部での縫合歯肉</p>
--	--	--	--	---	---

					裂傷
歯内療法と 考慮項目	確実な診断 ができるま で、歯髄反応 を精査する	確実な診断 ができるま で、歯髄反応 を精査する	根未完成歯： -歯髄の活力 を注意深く 精査する -歯髄が壊死 した場合、リ バスクラリ ゼーション またはアペ キシフィケ ーションを 検討する必 要がある 成熟歯： 歯髄壊死は 一般的な合 併症である 診断された 場合、根管治 療が適応と なる	根未完成歯： -歯髄の活力 を注意深く 精査する -歯髄が壊死 した場合、リ バスクラリ ゼーション またはアペ キシフィケ ーションを 検討する必 要がある 成熟歯： 歯髄壊死は 一般的な合 併症である 診断された 場合、根管治 療が適応と なる	根未完成歯： -歯髄の活力 を注意深く 精査する -歯髄が壊死 した場合、リ バスクラリ ゼーション またはアペ キシフィケ ーションを 検討する必 要がある 成熟歯： 歯髄は壊死 する可能性 が高く、損傷 後2週間で 根管治療を 開始する必 要がある -洗浄および 消毒後、水酸 化カルシウ ムを使用し た一時的な 貼薬を最大 4週間使用 することを 推奨する
患者への指 示	1週間ソフ ト食 良好な口腔 衛生を維持 0.12%のク	1週間ソフ ト食 良好な口腔 衛生を維持 0.12%のク	1週間ソフ ト食 良好な口腔 衛生を維持 0.12%のク	1週間ソフ ト食 良好な口腔 衛生を維持 0.12%のク	1週間ソフ ト食 良好な口腔 衛生を維持 0.12%のク

	ロールヘキシジン含嗽は2週間続ける	ロールヘキシジン含嗽は2週間続ける	ロールヘキシジン含嗽は2週間続ける	ロールヘキシジン含嗽は2週間続ける	ロールヘキシジン含嗽は2週間続ける
--	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Table 4: 永久歯の浸透、亜脱臼および脱臼損傷の鑑別診断

	震盪	亜脱臼	挺出脱臼・側方脱臼
打診	ある	ある	ある
動揺度	ない	ない	ある
変位	ない	ない	ある

Table 5: 脱臼した永久歯のフォローアップ手順

時間	震盪・亜脱臼	挺出	側方脱臼	圧下
2週	スプリント除去 (亜脱臼に適用された場合) 臨床検査と放射線検査	スプリント除去 臨床検査と放射線検査	臨床検査と放射線検査	臨床検査と放射線検査
4週	臨床検査と放射線検査	臨床検査と放射線検査	スプリント除去 臨床検査と放射線検査	スプリント除去 臨床検査と放射線検査
6～8週	臨床検査と放射線検査	臨床検査と放射線検査	臨床検査と放射線検査	臨床検査と放射線検査
6か月	臨床検査と放射線検査	臨床検査と放射線検査	臨床検査と放射線検査	臨床検査と放射線検査
1年	臨床検査と放射線検査	臨床検査と放射線検査	臨床検査と放射線検査	臨床検査と放射線検査
2～5年	最大5年ごとに	最大5年ごとに	最大5年ごとに	最大5年ごとに

Table 6: 根尖閉鎖歯の脱臼に対する治療ガイドライン

診断と臨床状況	再植済み	生理学的保存媒体または浸透圧バランス媒体(HBSS、生理食	口腔外乾燥時間>60分
---------	------	-------------------------------	-------------

		塩水、牛乳)あるいは最大 60 分間保存された乾燥状態の歯	
緊急治療	<p>歯はそのままにしておく</p> <p>患部を水、生理食塩水または0.12%クロルヘキシジンで洗浄</p> <p>歯肉裂傷、特に頸部の縫合</p> <p>エックス線写真で、再植歯の正常な位置を確認</p> <p>フレキシブルスプリントを1～2週間塗布(最大 0.016 インチまたは0.4 mm)</p> <p>根管内コルチコステロイド薬が抗炎症薬、抗凝固薬として使用されるように選択されている場合は、移植後すぐまたは間もなく配置し、少なくとも2週間放置する必要がある**</p>	<p>歯を歯冠部で把持し、歯根表面と根尖孔を生理食塩水で洗浄</p> <p>局所麻酔下にて行う</p> <p>生理食塩水で洗浄</p> <p>歯槽部骨折の可能性を調べ、必要に応じて位置を変更</p> <p>わずかな指圧でゆっくりと再植を行う</p> <p>歯肉裂傷、特に頸部の縫合</p> <p>エックス線写真で、再植歯の正常な位置を確認</p> <p>フレキシブルスプリントを1～2週間塗布(最大 0.016 インチまたは0.4mm)</p> <p>根管内コルチコステロイド薬が抗炎症薬、抗凝固薬として使用されるように選択されている場合は、移植後すぐまたは間もなく配置し、少なくとも2週間放置する必要がある**</p>	<p>ガーゼを使用し、根に付着した壊死組織を注意深く取り除く</p> <p>骨置換を遅らせるために、移植前に歯根表面をフッ化物で処理することが推奨されている(2%フッ化ナトリウム溶液を20分間)</p> <p>局所麻酔下にて行う</p> <p>生理食塩水で洗浄</p> <p>歯槽部骨折の可能性を調べ、必要に応じて位置を変更</p> <p>根管治療は、移植前または後で行うことができる</p> <p>根管内コルチコステロイド薬が抗炎症薬、抗凝固薬として使用されるように選択されている場合は、移植後すぐまたは間もなく配置し、少なくとも2週間放置する必要がある**</p> <p>わずかな指圧でゆっくりと再植</p> <p>歯肉裂傷、特に頸部の縫合</p> <p>エックス線写真で、再植歯が正常な位置</p>

			にあることを確認 フレキシブルスプリントを1～2週間使用(最大 0.016 インチまたは 0.4mm)
画像および放射線評価と所見	近心および遠心からの2枚の根尖部エックス線写真 CBCT は、再植位置を確認し、歯槽骨骨折を除外するために考慮されるべきである		
歯内療法と考慮事項	根管治療が移植直後に開始されなかった場合(上記を参照)、根管治療は移植後7～10日で、スプリントを除去する前に開始する必要がある 水酸化カルシウムは、最大4週間の根管内薬物療法として推奨され、その後、根管充填が行われる		
抗生物質	全身抗生物質を処方する： 12歳未満の患者：アモキシシリンを7日間、患者の年齢と体重に適した用量で 12歳を超える患者の場合：ドキシサイクリンを7日間、患者の年齢と体重に適した用量で 負傷した歯が地面の土に汚染されていて、範囲が不明な場合は、破傷風が危惧される為医師に相談すべきである		
患者の指示	少なくとも2週間は、コンタクトスポーツへの参加を避ける 2週間は軟らかい食事を心がける 毎食後、柔らかい歯ブラシで歯を磨く 0.12%クロルヘキシジン洗口液を1日2回使用 接触スポーツ中の保護のためにマウスガードを使用		
経過観察	2週間後のスプリント除去と臨床およびエックス線検査 4週間、3か月、6か月、1年、その後は毎年5年間の臨床および放射線検査	2週間後のスプリント除去と臨床およびエックス線検査 4週間、3か月、6か月、1年、その後は毎年6年間の臨床および放射線検査	2週間後のスプリント除去と臨床およびエックス線検査 4週間、3か月、6か月、1年、その後は毎年7年間の臨床および放射線検査 再植までに時間がかかってしまった場合、強直症は避けられず、考慮に入れな

			<p>ければならない</p> <p>小児および青年では、強直はしばしば圧下と関連している患者と保護者がこの起こりそうな結果を確実にするには、慎重なフォローアップが必要であり、適切なコミュニケーションが必要である</p> <p>圧下(> 1 mm)が見られる場合、歯冠部除去が必要な場合がある</p>
--	--	--	--

Table 7: 根尖開大歯の脱臼に対する治療ガイドライン

診断と臨床症状	再植済み	生理学的保存媒体または浸透圧バランス媒体(HBSS、生理食塩水、牛乳)あるいは最大 60 分間保存された乾燥状態の歯	口腔外乾燥時間>60分
緊急治療	歯はそのままにしておく 患部を水、生理食塩水または0.12%クロルヘキシジンで洗浄 歯肉裂傷、特に頸部の縫合 エックス線写真で、再植された歯の正常な位置を確認する フレキシブルスプリントを2週間適用	汚染されている場合は、生理食塩水で根の表面と根尖孔を洗浄 根管には手を付けない 歯をドキシサイクリンまたはミノサイクリン(生理食塩水 20 mL あたり 1 mg)に5分間浸漬(可能な場合)	ガーゼを使用し、根に付着した壊死組織を注意深く取り除く 局所麻酔下で行う 生理食塩水で歯槽部を洗浄 歯槽骨のダメージの可能性を調べ、必要に応じて位置を変更 可及的に、根管治療は移植前に行う必要がある

	(最大 0.016 インチ または 0.4mm)	局所麻酔下で行う 生理食塩水で歯槽部 を洗浄 歯槽骨のダメージの 可能性を調べ、必要 に応じて位置を変更 わずかな指圧でゆっ くりと再植 歯肉裂傷、特に頸部 の縫合 エックス線写真で、 植え替えられた歯の 正常な位置を確認 フレキシブルスプリ ントを 2 週間適用 (最大 0.016 インチ または 0.4 mm)	わずかな指圧でゆっ くりと再植 歯肉裂傷、特に頸部 の縫合 エックス線写真で、 植え替えられた歯の 正常な位置を確認す る 4 週間フレキシブル スプリントを取り付 ける(最大 0.016 イ ンチまたは 0.4mm)
画像および放射線評 価と所見	近心および遠心から の 2 枚の根尖付近の エックス線写真 CBCT は、再植位置 を確認し、歯槽骨の 骨折を精査するた めに考慮されるべき である		
歯内療法と考慮事項	子供の発達中の未成 熟な歯を再植する目 的は、リバスクラリ ゼーションを可能に することである 非常に未成熟な歯の 場合、歯髄壊死の臨 床的または放射線学 的証拠がない限り、 根管治療は避けるべ きである	根管は移植前に行わ れた 再植までに時間を要 した場合長期予後不 良である 歯根膜は 壊死している可能性 があり、治癒は期待 されていない。再植 をを遅らせる目的 は、審美的、機能的、 心理的な理由で歯を	

	<p>歯髄壊死と診断された場合は、リバスクラリゼーションまたは根管治療(切除)が推奨される場合がある</p>	<p>一時的に歯列に戻し、歯列弓を維持することである。これよりもたらされる結果は、強直と根の吸収である</p> <p>圧下(> 1 mm)が見られる場合、歯冠部除去が必要になる場合がある</p>	
抗生物質	<p>全身抗生物質を処方する：</p> <p>12歳未満の患者：アモキシシリンを7日間、患者の年齢と体重に適した用量で</p> <p>12歳を超える患者：7日間ドキシシリン、患者の年齢と体重に適した用量</p> <p>抜歯した歯が土壌と接触していて、破傷風の範囲が不明な場合は、破傷風ブースターについて医師に相談してください</p>		
患者の指示	<p>少なくとも2週間は、コンタクトスポーツへの参加を避ける</p> <p>2週間軟らかい食事を心がける</p> <p>毎食後、柔らかい歯ブラシで歯を磨く</p> <p>0.12%クロルヘキシジン洗口液を1日2</p>		

	<p>回使用</p> <p>接触スポーツ中の保護のためにマウスガードを使用</p>		
経過観察	<p>2週間後のスプリント除去と臨床およびエックス線検査</p> <p>4週間、3か月、6か月、1年、その後は毎年5年間の臨床および放射線検査</p>	<p>2週間後のスプリント除去と臨床およびエックス線検査</p> <p>成長のベースラインとしての重量と高さの測定</p> <p>必要に応じて、歯冠部除去までの時間を決定するために重要になる場合がある</p> <p>4週間、3か月、6か月、1年、その後は毎年5年間の臨床および放射線検査</p>	<p>4週間後のスプリント除去と臨床およびエックス線検査</p> <p>2週間および4週間、3か月、6か月、1年、その後は毎年5年間の臨床および放射線検査</p> <p>再植が遅れた後は強直症は避けられず、考慮に入れなければならない</p> <p>子供および青年では、強直はしばしば圧下と関連している患者と保護者がこの起こりそうな結果を確実にするには、慎重なフォローアップが必要であり、適切なコミュニケーションが必要である</p> <p>成長のフォローアップ：体重と身長測定</p> <p>インフラストラクチャー(>1mm)が見られる場合、歯冠部除去が必要になる場合がある</p>

Table 8: 根尖閉鎖・根尖開大永久歯の脱臼に対するフォローアップ手順

時間	根尖閉鎖・口腔外乾燥時間<60分	根尖閉鎖・口腔外乾燥時間>60分	根尖開大・口腔外乾燥時間に関係なく
7～10日	根管治療と最大4週間の水酸化カルシウム成長のベースラインとしての重量と高さの測定 必要に応じて、歯冠部除去までの時間を決定するために重要になる場合がある		歯髄壊死の臨床的または放射線学的徴候が明らかでない限り、根管治療は適応とならない 成長のベースラインとしての重量と高さの測定 必要に応じて、歯冠部除去までの時間を決定するために重要になる場合がある
2週間	スプリント除去		スプリント除去・臨床および放射線検査
4週間	臨床検査および放射線検査 根管充填		臨床検査および放射線検査
3か月	臨床検査および放射線検査 成長のフォローアップ：体重と身長測定		
6か月	臨床検査および放射線検査 成長のフォローアップ：体重と身長測定		
1年	臨床検査および放射線検査 成長のフォローアップ：体重と身長測定		
年ごと	臨床検査および放射線検査 成長のフォローアップ：体重と身長測定		