

No. _____

歯 科 診 療 録

様

月 日	部 位	療 法 ・ 処 置	点 数	負担金徴収額
／				
／				
／				
／				
5 ／				
／				
／				
／				
／				
10 ／				
／				
／				
／				
／				
15 ／				
／				
／				
／				
／				
20 ／				
／				
／				
／				
／				
25 ／				
／				
／				

月 日	部 位	療 法 ・ 処 置	点 数	負担金徴収額
／				
／				
／				
／				
5	／			
	／			
	／			
	／			
	／			
10	／			
	／			
	／			
	／			
	／			
15	／			
	／			
	／			
	／			
	／			
20	／			
	／			
	／			
	／			
	／			
25	／			
	／			
	／			
	／			
	／			