

歯科診療録

公費負担者番号										保 険 者 番 号									
公費負担医療 の受給者番号										被保険者証 被保険者手帳		記号・番号							
受 診 者	氏 名									有効期限		令和 年 月 日							
	生年月日	明大昭 年 月 日生				男 女		被 保 険 者 氏 名											
	住 所									所 在 地		電話 - -							
	職 業					被保険者 との続柄		名 称											
資 格 取 得		昭・平・令 年 月 日						保 険 者		所 在 地		電話 - -							
								名 称											

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰	
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		〔主 訴〕 その他摘要
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		
— —		上・外	年 月 日	年 月 日		

傷 病 名	労務不能に関する意見		入 院 期 間									
	意見書に記入した労務不能期間	意 見 書 交 付										
	自 月 日 至 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 至 月 日 日間									
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合はその旨												
備 考												
保険証の確認	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月

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