

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						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

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	／			
／				
／				