

診療証明書

年 月 分

歯科

住所	河内長野市	特記事項
氏名	男 / 女 生	

職務上の事由 1. 職務上 2. 下船後3月以内 3. 通勤災害

傷病名 部位	診療開始日	年 月 日			届出 補管 歯援診 外来環 GTR 齲蝕無痛																		
	診療実日数	日 () 日																					
	転帰	治癒	死亡	中止																			
初診	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	障	障導	外来環 ()	点												
再診	×	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	障	×													
管理	歯管	義管	×	×	歯清	衛実	F局	F洗	医管	その他													
投薬・注射	内屯外注		調	×	×	処方	×	情	×	+	×	処	×	注	×	×							
X線 検査	全顎	枚	模	×	S培	×	平	×	基本	×	×	精密	×	×	その								
	標	×	写	×	顎運動	×	測	×	本	×	×	密	×	×	他								
処置 ・ 手術	う蝕	×	覆罩	×	×	填塞	×	除去	×	×	×	知覚過敏	×	×	咬調	×							
	抜髄	×	感染	×	根管	×	根	×	拔髄	×	感	×	加圧	×	生切	×							
	×	×	根拠	×	貼薬	×	充	×	即充	×	根	×	根充	×	失切	×							
S.C.	×	+	×	SRP	前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×							
	PCur	前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×	SPT	P処	×							
拔牙	乳	×	前	×	白	×	難	×	埋	×	+	×	切開	×	×								
その他	特定薬剤																						
麻酔	伝麻	×	浸麻	×	その他																		
補診	維持管理	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×							
	曹冠形成	前	×	(生活)	×	(失活)	×	+	×	窩洞	×	+	×	充形	×	咬合	×	×	×	×	×	×	×
修復 及 び 欠	乳前小銀	×	×	×	×	×	×	×	×	TEK	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	前小パ	×	×	×	×	×	×	×	×	硬ジ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	前小二	×	×	×	×	×	×	×	×	ジ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	大パ	×	×	×	×	×	×	×	×	修理	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	大銀	×	×	×	×	×	×	×	×	装着	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	大二	×	×	×	×	×	×	×	×	装着	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
14K	×	×	×	×	×	×	×	×	材料	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		
損 補 綴	ホソティック	鑄	パ大	×	パ小	×	裏	パ前	×	パ小	×	Br	×	パ	×	ニ	×	×	×	×	×	×	
	前	装	ニ	×	銀	×	装	14K	×	他	×	置	×	一	×	上	×	下	×	×	×	×	
有床 義 齒	1-4齒	×	床	×	鑄	×	14	×	双大	×	双大	×	線	14	×	双	×	不	×	双	×	×	×
	5-8齒	×	裏	×	造	×	K	×	双小	×	双小	×	鉤	K	×	特	×	×	×	×	×	×	
	9-11齒	×	装	×	鉤	×	ニ	×	両大	×	両大	×	二	×	×	床	×	×	×	×	×	×	
	12-14齒	×	装	×	鉤	×	ニ	×	両大	×	両大	×	二	×	×	修	×	×	×	×	×	×	
	総義齒	×	装	×	鉤	×	ニ	×	両前	×	両前	×	二	×	理	×	修	×	×	×	×	×	
その他																							

摘要												(注意)
合計点数	点					公費分点数	点					1. 薬名、注射名及び使用量は必ず記載して下さい。
領収金額	円											2. 官公立病院の場合は、病院長名、病院長公印で証明して下さい。

上記のとおりであることを証明する。

年 月 日

医師 住所

氏名



3. 訂正するときには必ず訂正印を押印して下さい。