



熊本県PTA共済・歯科特別共済等・診断書兼診療状況報告書

PTA名称		被災者氏名													
医療保険等の種類（必ずご記入ください）		被保険者	年齢	性別											
社保	国保	共済等	公費	交通事故	本人	家族	男	女							
今回の事故が直接の原因となった傷病名および発生日						転帰									
①		発生日		治癒 繰越 転医 中止											
②		発生日		治癒 繰越 転医 中止											
③		発生日		治癒 繰越 転医 中止											
今回の事故にかかる診療期間						診療実日数									
年		月		日		～		年		月		日		入院	日
														通院	日
今回の事故が原因となって手術が施行された場合（手術名および手術日）															
①				年 月 日											
②				年 月 日											
今回の傷病に関連する歯の既往症の有無および傷病名				有 無		（傷病名）									
初診の状況 及び処置 診療経過及び 現在の状況 （具体的に記入 してください）		① 初診時の状況と処置													
		欠損した歯の数（抜歯含む） 本													
		破折した歯の数（上記除く） 本													
		処置を要した歯の合計数 本													
		② その後の治療経過と処置													
		③ 本診断書作成時の被災歯の状況と処置（今後必要である治療）													
		*被災歯の現在の状況： 動揺（有 無）、変色（有 無）、冷温痛（有 無）、打診痛（有 無） *処置等：													
療養に要した診療報酬点数（外来分）								療養に要した診療報酬点数（入院分）							
診療月		保険点数		診療月		保険点数		診療月		保険点数		診療月		保険点数	
月分		点		月分		点		月分		点		月分		点	
月分		点		月分		点		月分		点		月分		点	
今回の事故に直接関連した保険外診療の有無								有 無							
税込保険外診療費（見込み額）								円 *（ ）本分の治療費として							
本診断書兼診療状況報告書の文書料（必ず領収書添付のこと）								円							
上記のことは事実と相違ないことを証明します。															
年 月 日															
医療機関所在地及び名称															
診療医師氏名 ㊞															