



熊本県PTA共済・歯科特別共済等・診断書兼診療状況報告書2

(2回目以降診察時)

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											
今回の被災に関する被災歯の初回治療後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		<table border="1"> <tr> <td>欠損した歯の数 (抜歯含む)</td> <td>本</td> </tr> <tr> <td>破折した歯の数 (上記除く)</td> <td>本</td> </tr> <tr> <td>部位:</td> <td>欠損割合: /</td> </tr> <tr> <td>部位:</td> <td>欠損割合: /</td> </tr> <tr> <td>部位:</td> <td>欠損割合: /</td> </tr> <tr> <td>処置を要した歯の合計数</td> <td>本</td> </tr> </table>				欠損した歯の数 (抜歯含む)	本	破折した歯の数 (上記除く)	本	部位:	欠損割合: /	部位:	欠損割合: /	部位:	欠損割合: /	処置を要した歯の合計数	本
	欠損した歯の数 (抜歯含む)	本																
	破折した歯の数 (上記除く)	本																
部位:	欠損割合: /																	
部位:	欠損割合: /																	
部位:	欠損割合: /																	
処置を要した歯の合計数	本																	
② 被災歯に対する初診以降の処置と経過																		
③ 本診断書作成時の被災歯の状況		*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) *被災歯について、今後必ず実施を要する処置等																
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											
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						印												

*この診断書兼診療状況報告書は、2回目以降の診察時にのみ使用するものです。初回治療時の報告書が提出されていない場合は使用できませんので、ご注意ください。