



熊本県PTA共済・歯科特別共済等・診断書兼診療状況報告書1 (初回治療時)

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	
社保	国保	共済等	公費	交通事故	本人 家族
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		
	② その後の治療経過と処置		破折した歯の数 (上記除く) 本		
③ 本診断書作成時の被災歯の状況と処置		部位: 欠損割合: /			
*被災歯の現在の状況		部位: 欠損割合: /			
動揺 (有 無)、変色 (有 無)、冷温痛 (有 無)、打診痛 (有 無)		処置を要した歯の合計数 本			
*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
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)					