

熊本県P T A共済・歯科特別共済等・診断書兼診療状況報告書1

(初回治療終了時 または 転院による初回治療終了時)

P T A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			
令和 年 月 日 ~ 令和 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 <u>現在の状況</u> (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 (今後必要である処置)							
		*被災歯の現在の状況 *破折した歯の欠損割合: ① / 程度 ② / 程度 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		
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。									
令和 年 月 日									
医療機関所在地及び名称									
診療医師氏名 印									