



第4号様式の3

*受付番号 ()

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年経過後の診察時)

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
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 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 ㊞					

※この診断書兼診療状況報告書2は、事故発生から約2年経過後の診療時にのみ使用するものです。初回治療終了時の診断書兼診療状況報告書1が提出されていない場合あるいは初回治療終了時に共済金の給付を受けた場合は使用できません。