

令和 年度PTA共済・歯科特別共済等・診断書兼診療状況報告書1
(初回治療終了時 または 転院による初回治療終了時)

PTA (学校) 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					印			