

齒科医療機関記入欄 ( 年 月 分 )

氏名											男・女	年 月 日								
傷病部位											一般	審査	診療開始日							
											点又は円	点	年 月 日							
初診	時間外・休日・深夜・心障者												診療実日数							
投薬・注射	内・屯・外・注										処	×								
X線											全顎	標	×							
処 理 及 び 手 術	善処		×		覆罩		×		根治		×		×		×		転 帰			
	拡大		×		×		×		即充		×		×		×		治癒	死亡	中止	
	抜髄		×		×		×		失即充		×		×		×					
	根充		×		×		×		生切		×		×		×		摘 要			
	即日充填処置		×		圧排		×		軟外処		×		×		×					
	歯石除去		×		盲嚢搔爬		×		膿漏処置		×		×		×					
	除去		×		知覚過敏処置		×		ラバー		×		×		×					
	抜 歯		乳		×		前		×		白		×		×		難埋			
	その他																			
	特定薬剤																			
麻酔	伝麻		×		浸麻		×		その他											
歯 冠	補診		×		歯冠形成		×		生活		×		生活		×					
	模		×		生活		×		鑄		×		生活		×					
修 復	印象		×		×		×		咬合		×		試適		×		調整		×	
	×		×		×		×		×		×		×		×		×		×	
及 び 欠 損	充填		ア		×		+		珪		+		+		+		監視		×	
	×		×		+		+		珪		+		+		+		+		+	
補 綴	14K		×		×		×		×		×		×		×		×		×	
	パ大		×		×		×		×		×		×		×		×		×	
そ の 他	パ小		×		×		×		×		×		×		×		×		×	
	他大		×		×		×		×		×		×		×		×		×	
損 傷	他小		×		×		×		×		×		×		×		×		×	
	金属冠		嚼面圧印		パ大		×		パ小		×		他		×		×		×	
欠 損	金属冠		嚼面鑄造・充実		パ大		×		パ小		×		他		×		×		×	
	継続歯		金属裏装アリ		14K		×		パ		×		他		×		人工歯			
補 綴	ダミ		14K		×		+		+		+		+		+		人工歯			
	前		パ		×		+		+		+		+		+		人工歯			
補 綴	有義		床		上		床		歯		義		床		人工		床		修	
	床		下		床		歯		義		床		人工		床		修		理	
補 綴	鑄造鉤		14K		大		×		14K		小		×		パ		大		×	
	双		大		×		×		14K		小		×		パ		大		×	
補 綴	線 鉤		14K		×		×		レ		パ		×		レ		パ		×	
	双		パ		×		×		パ		×		×		フ		パ		×	
補 綴	不		特		×		×		不		×		×		ス		パ		×	
	不		不		×		×		不		×		×		ト		不		×	
補 綴	バー		鑄パ		×		屈		上		×		特		×		保		×	
	不		不		×		下		不		×		不		×		保		×	
その他											合計			領 収 金 額						
															円					

(記入上の注意)

記入事項を訂正した場合は必ず訂正印を押ししてください。  
患者氏名・性別・年齢・傷病名部位・診療期間・転帰・実日数は特に漏れなく記入してください。

上記のとおり診療を行い 年 月 日より 年 月 日までの費用を領収しました。  
平成 年 月 日  
所在地・電話番号  
医療機関名  
開設者氏名

