歯科医療機関記入欄（　　年　　月分）

氏名		男・女	年　月　日
傷病部位名		一般 点又は円	審査 点
初診	時間外・休日・深夜・心障者		
投薬・注射	内・屯・外・注	処 ×	
X線		全顎 × 標 ×	

診療開始日　年　月　日

診療実日数　日

転帰　治癒　死亡　中止

摘要

処理及び手術	善処 ×	覆罩 ×	根治 ×	×	×		
	拡大 ×	×	×	即充 ×	×	×	
	抜髄 ×	×	×	失即充 ×	×	×	
	根充 ×	×	×	生切 × ×	失切 ×		
	即日充填処置 ×	圧排 ×	軟外処 ×				
	歯石除去 ×	盲嚢掻爬 × ×	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				
歯冠修復及び欠損補綴	補診 × 模 ×	歯冠形成	生活 鋳ジ帯 × × ×	生活 根面・窩洞 × ×			
	印象 × × × × × ×	咬合 × × ×	試適 × × ×	調整 × × ×			
	充填 ア × × × +	硅 + + + + × 硅燐	レ × + ×	監視 × ビン ×			
	鋳造歯冠修復 14K	×	×				
	パ大 ×	×	×	×	×		
	パ小 ×	×	×	×	×		
	他大 ×	×	×	×	×		
	他小 ×	×	×	×	×		
	金属冠 嚙面圧印	パ大 ×	パ小 ×	他 ×			
	嚙面鋳造・充実	パ大 ×	パ小 ×	他 ×			
	継続歯 金属裏装アリ	14K ×	パ ×	他 ×	人工歯		
	継続歯 金属裏装ナシ	陶 ×	レ ×	ジ ×	人工歯		
	ダミー 前 14K × パ × 他 × レ ×	+ ×	白 パ 大 × 小 × + × 他 大 × 小 × + ×	人工歯			
	有床義歯	ゆ上 床 歯	総義歯 床	人工歯	床修理		
	有床義歯	ゆ下 床 歯					
	鋳造鉤	14K 大 双 × ×	14K 小 双 × ×	パ 大 双 × ×	パ 大 双 × ×		
	線鉤 双	14K × パ × 特 × 不 ×	レストアリ 14K × パ × 特 × 不 ×	レストナシ パ × 特 × 不 ×	フックスバー パ × 特 × 不 ×		
	バー	鋳パ ×	屈パ 上 × 下 ×	特 × 不 ×	保 ×		

その他		合計		

他法負担　結核予防法　公費負担　点　一部（自己）負担　点　他法公費負担　点

薬剤一部負担金　円

領収金額　円

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。

令和　年　月　日

所在地・電話番号

医療機関名

開設者氏名　　㊞

（記入上の注意）①患者氏名・性別・年令・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。②記入事項を訂正した場合は必ず訂正印を押してください。