

## 歯 科 診 療 録

公費負担者番号						保険者番号					
公費負担医療の受給者番号						被保険者手帳 記号・番号	●				
受診者	氏名						有効期限	令和	年	月	日
	生年月日	明大昭平令	年	月	日生	男・女	資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日
	住所	電話				局	番	所在地	電話	局	番
	職業	被保険者との続柄				所在地	電話	局	番	名称	

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>上</span> <span>右</span> <span>左</span> <span>下</span> </div> [主訴] その他摘要
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		
— —		上・外	月 年 日	月 年 日		

傷 病 名	労 務 不 能 に 関 す る 意 見			入 院 期 間
	意見書に記入した労務不能期間	意 見 書 交 付		
	自 月 日 日間	年 月 日		自 月 日 日間

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨

備 考