

歯科診療録

NO. _____

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		記号・番号	
氏名		有効期限	
生年月日		平成 年 月 日	
住所		被保険者氏名	
職業		資格取得	
被保険者との続柄		昭和 年 月 日	
被保険者手帳		所在地	
被保険者証		電話 局 番	
事業所		名称	
事業所		所在地	
事業所		電話 局 番	
事業所		名称	

部 位	傷 病 名	職務	開始	終了	転帰	歯 列 図
上外			年 月 日	年 月 日		<p style="text-align: center;">(主 訴) その他摘要</p>
上外			年 月 日	年 月 日		
上外			年 月 日	年 月 日		
上外			年 月 日	年 月 日		
上外			年 月 日	年 月 日		
上外			年 月 日	年 月 日		
上外			年 月 日	年 月 日		
上外			年 月 日	年 月 日		
上外			年 月 日	年 月 日		
上外			年 月 日	年 月 日		
上外			年 月 日	年 月 日		
上外			年 月 日	年 月 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 至 月 日 日 日間	年 月 日	自 至 月 日 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			

埼玉県歯科医師会会章用