

様式第一号(二)の1(第二十二条関係)

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 証	被 保 険 者 手 帳	記号・番号	(枝番)				
------------------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	----------------------------	-------	------	--	--	--	--

受 診 者	氏 名							被 保 険 者 氏 名								
	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							
	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	上 右—————左 下
—+—		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		

[主訴] その他摘要

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 日間	年 月 日	自 至 月 日 日間

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨

備 考