

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					被保険者資格 に 係 る 情 報	記号・番号		(枝番)
--------------	--	--	--	--	---------------------------------	-------	--	------

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	被保険者氏名	
	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		

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰	上 右 ————— 左 下
+		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 月 日 日間	年 月 日	自 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	