

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										に 係 る 情 報		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		資 格 取 得		昭和 平成 令和					
	住 所	電話						局 番		所 在 地		電話			
	職 業			被保険者 との続柄				保 険 者		所 在 地		電話			
										名 称		局 番			
										名 称		局 番			
部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰	上 右 ————— 左 下 〔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											
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 月 日 日間						年 月 日								
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															