

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		男・女		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		局	
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				自 至 月 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															