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		被保険者資格に係る情報 記号・番号	・（枝番）
		有効期限	令和　年　月　日

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		事業所（船舶所有者） 所在地	電話　局　番
				名称	
	職業	被保険者との続柄		保険者 所在地	電話　局　番
				名称	

部位	傷病名	職務	開始	終了	転帰
		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	

上
右　左
下

〔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　月　日 至　月　日　日間	年　月　日	自　月　日 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	