医師が証明する欄

歯科

診 療 報 酬 領 収 済 明 細 書
【 歯 科 】

患者氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
傷病名部位				診療期間	年 月 日から 年 月 日まで (診療実日数) 日

初診		時間外( )	休日( )	深夜( )	乳( )	乳・時間外( )	乳・休日( )	乳・深夜( )	障( )	障導( )	点
再診		時間外 ×	休日 ×	深夜 ×	乳 ×	乳・時間外 ×	乳・休日 ×	乳・深夜 ×	障 ×		
指導	総指	C指	P指	義歯指	継続	歯清	衛実	F局	F洗	医管	その他
投薬・注射	内屯外注	調 × ×	処方 ×	情 × + ×	処 × ×	注 × ×					

X線・検査	全顎 ＿＿＿ 枚	模 × S培 ×	平 ×	基本検査 × ×	精密検査 × ×	その他
	標 × ×	写 × 継管診 ×	測 ×	× ×	× ×	
	パ × ×	MRI × × × ×		× ×	× ×	

処置・手術	う触 ×	履罩 × ×	填塞 ×	除去 × × ×	知覚過敏 × ×	咬調 × ×	ラバー ×
	抜髄 × × ×	感染根拠 × × ×	根管貼薬 × × ×	根充 × × ×	抜髄即充 × × ×	感根即充 × × ×	加圧根充 × × ×
	生切 × ×	失切 ×					
	スケーリング × + ×	SRP 前 ×	小 ×	大 ×	Pcur 前 ×	小 ×	大 ×
	P処 ×						
	抜歯 乳 ×	前 ×	白 ×	難 ×	埋 × + ×	切開 × ×	
	その他					特定薬剤	
麻酔	伝麻 ×	浸麻 ×	その他				

歯冠修復及び欠損補綴	補診		維持管理 × × ×	印象 × × × × × × × × ×			
	歯冠形成	(生活) 前 × 鋳ジ × 乳 ×	(失活) 前 × + × 鋳ジ × + × 乳 × + ×	(窩洞) × × ×	充形 × 修形 ×	咬合 × × × × × × 試適 × × × ×	
					支台築造	メタル 前小 × 大 ×	その他 前小 × 大 ×

鋳造歯冠修復	インレー単純	インレー複雑	前歯3/4冠	4/5冠	全部鋳造冠	前装鋳造冠
乳前小銀	×	×	×	×	×	×
前小パ	×	×	×	×	×	×
前小二	×	×	×	×	×	×
大パ	×	×		×	×	
大銀	×	×		×	×	
大＿	×	×		×	×	
14K		×	×			

ジ	×		EE	×	研磨 ×
硬	×		充填	× ×	
ジ	×	充填材料	充Ⅰ	× ×	
乳	×		充Ⅱ	× ×	
修理	×		充Ⅲ	× ×	
装着	× ×		その他	×	
装着材料	× ×		リテイナー	× ×	
	×		仮着	× ×	

ポンティック					
鋳造	パ小 ×	パ大 ×	裏装 パ大 ×	パ大 ×	Br装着 ×
	二 ×	銀 ×	14K ×	他 ×	×
前装	パ ×	二 ×	銀 ×		×

バー	鋳 パ ×	二 ×		
	屈曲 パ上 ×	下 ×		
	不持 ×	保 ×		

有床義歯	1～4歯 ×	床裏装 ×	鋳造鉤 14K 双大 ×	パ 双大 ×	線鉤 14K 双 ×	不・特 双 ×	レスト無 ×
	5～8歯 ×	×	双小 ×	双小 ×	レスト有 ×	レスト有 ×	フック・スパー ×
	9～11歯 ×	×	両大 ×	両大 ×	二 双 ×	床修理 ×	義歯調整 +
	12～14歯 ×	×	両大小 ×	両大小 ×	両 ×	×	
	総義歯 ×	×	両前 ×	両前 ×		×	
	人工歯 × × × × × × × × × ×						
	その他						
その他							

摘要		合計	円 減額 割(円) 免除・支払猶予 (上記のうち公費負担額 円)

上記のとおり領収(診療)いたしました。

年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の電話番号
医師の氏名