

診療報酬明細書

○ (歯科) 令和 年 月分 _____

都道府 医療機関コード
県番号

3	1 社:国	3 後期	1 单独	2 本外	8 高外一
歯科	2 公費		2 2併	4 六外	
			3 3併	6 家外	0 高外7
				給付割合	10 9 8 7 ()

様式第三

—					—				
公 費 負担者 番 号					公費負担 医療の受 給者番号				

保険者 番号						給付 割合	1098 7()
-----------	--	--	--	--	--	----------	-------------

被保険者資格 に係る記号・番号	(枝番)
--------------------	------

氏名			特記事項	届 出
	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 . . 生			補管 歯初診
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害			

医療機関
の所在地及び
名称

傷病名 部位																	診療開始日	年 月 日					
																	診療日数	日(日)					
																	転帰	治療	死亡	中止			
初診	時間外		休日	深夜	乳	乳・時間外		乳・休日	乳・深夜		特連	特地	外安全		外感染				点				
再診	×	時間外		×	休日	×	深夜	×	乳	×	乳・時間外	×	乳・休日	×	乳・深夜	×	外安全	×	外感染	×			
管理・リハ	歯管	+	+	+	+	根管	義管	実地指		+	P画像	×	×	審り			その他						
投薬・注射	内屯外注				調	×	×	×	処方	×	+	×	情	×	+	×	処	×	+	×	注	×	×
X線検査	全顎 _____枚		色調		×	P混検		_____×		P部検		_____×		基本 _____		×	精密 _____	×	その他 _____				
	標 _____×		S陪		×	顎運動		_____×		歯検		_____×		基本 _____		×	精密 _____	×	その他 _____				
	パ _____×		EMR		×	_____×		_____×		_____×		_____×		基本 _____		×	精密 _____	×	その他 _____				
処置・手術	う蝕		×	保護		×	×	×	Rコ	×	填塞		×	×	Hys	×	×	咬調		×	×	×	
	抜 _____		×	感根		×	×	根 _____	×	根 _____	×	加圧	×	生切	×	×	T.cond	×	F局				
	髓 _____		×	根処		×	貼 _____	×	充 _____	×	充 _____	×	+	+	+	×	SPT	+	+	P重防			
	S C		×	+	×	×	×	+	×	SRP前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×		
	拔牙		乳	×	前	×	+	×	白	×	+	×	埋	×	+	×	切開	×	×				
	その他 _____																						
	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		×	×	×	(窩洞) _____		×	印象	×	×	×	×	×	×	×			
	歯冠形成 (生単) (生フ)		前C _____		×	前C _____		×	(失フ) 金 _____		+ _____ + _____		印象 _____		×	×	×	×	×	×			
			金硬 _____		×	金硬 _____		×					T.ec _____		×	咬合 _____	×	×	×	×			
			既製 _____		×	既製 _____		×					修理 _____		×	咬合 _____	×	×	×	×			
	支台印象		×	支台築造		メタル	前小	×	大	×	その他	前小	×	大	×	修形	×	充形	×	+	×		
	金属歯冠修復		乳前小銀	×	×	×	×	×	×	×	×	硬ジ	×	×	充填I	×	材料I	×	×	×			
	大バ		×	×	×	×	×	×	仮着	×	×	装着	×	+	×	充填II	×	材料II	×	×			
	CAD		(I)	×	(II)	×	(III)	×	子冠	×	削チ	×	根短	バ前小	×	バ大	×	根前小	×	根大	×	レジシ	×
	ボンテイング		バ前	×	銀前	×	バ大	×	C A D 脱	(I)	×	(II)	×	装着	×	×	リテーナー	×	×	×			
	バ小		×	銀小	×	鑄造	バ小	×	(III)	×	(IV)	×	材料	×	×	Br装着	×	×	×				
綴	バ大		×	銀大	×	銀	×	バ小	×	コバ	×	屈曲	不特	×	×	保	×	×	×				
	1~4歯		×	×	×	鑄石	×	双大	×	×	線不	双	×	間接	×	×	×	×					
	有5~8歯		×	床	×	キヤバ	前小	×	鑄	双小	×	×	×	人	×	×	×						
	9~11歯		×	適	×	付	大	×	造	腕大	×	コンビ	×	工	×	×	×						
	12~14歯		×	合	×	板	銀	×	鉤	腕大小	×	コ	双	×	×	×	×						
	総義歯		×	×	×	メント	銀	×	腕前	×	腕	×	修理	×	+	×	+	×					
	その他 _____																						
	その他 _____																						
摘要													公費分	請求	_____点	合計	_____点	_____点					
													点数	決定	※	_____点	決 定	※	_____点				
													患者負担額(公費)	_____円	一部負担金額	減除・支払猶予	_____円						

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。