

(歯科)

診療内容証明書

診療期間	保険者名					被保険者氏名			性別	男
	傷部位 病名	1					(歳)		性別	女
年 月 日 から 日まで		2					診療開始日	1 年 月 日 2 年 月 日	実日数	日
	初診	時間外 深夜						摘 要		
投 薬	内服 {	× 単位	内服 ×				点			
	頓服	× 単位	頓服 ×							
注射	皮下(筋)× 静脈×	皮下(筋)× 静脈×								
レントゲン	診断 (50/100) 回	撮影 (50/100) 回	標準 枚							
処 置	普通処理 (複)	_____ 回		_____ 回						
	抜髄(単) 回	(複) 回	切断 回							
	根充(単) 回	(複) 回								
	特定薬剤									
	軟組織処置 × 回	外科後処置 × 回								
	特定薬剤									
	歯石除去 回	膿漏処置 回								
	その他									
	特定薬剤									
充 て る レ ン ド	ア × 回	レ × 回								
	× 回	× 回								
	硅 × 回	× 回	燐 × 回							
	14Kポ スト 個	14K複 雑 個	その他の 合金 個							
補 て つ	義 歯	床 歯								
	クラスプ	14 K 個	不 双 個	不 レス ト 個	不 ナ シ 個					
	バ ー	特殊 個	不 銹							
	歯 冠 継 続 歯	14 K 個	その他 の合金 個	陶 個	レ 個					
	支台築造	セ 個	ア 個	その他 の合金 個						
	金 属 冠	金 大 小 個	パ 大 小 個	その他 の合金 個						
	ダ ミ ー	14Kレンジ 前 個		パ ラ 白 個						
	そ の 他	その他 の合金 個		その他 の合金 個						

手 術	抜 歯	乳 歯	前 歯	臼 歯	難 歯		
	そ の 他						
	特殊薬剤						
麻酔	伝麻 回	侵麻 回	迷もう 回	全麻 回			
そ の 他							
食 事 療 養 (入院期間)	年	月	日	から	日	間	円
合 計	療 養 の 給 付						点
	食 事 療 養						円
	(標 準 負 担 額)						円
薬 剤 一 部 負 担 金 額							円

決 定	療養の給付		点
	食事療養		円

上記のとおり証明いたします。

保険医療機関等の名称

年 月 日

所在地

氏 名

印