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	
		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	事業所（船舶所有者） 所在地	電話
		名称	
職業	被保険者との続柄	保険者 所在地	電話
		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・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	

〔主　訴〕その他摘要

傷病名	労務不能に関する意見 意見書に記入した労務不能期間	意見書交付	入院期間
	自　月　日 至　月　日　日間	年　月　日	自　月　日 至　月　日　日間

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨	
備考	

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	
		有効期限	令和　年　月　日
受診者 氏名		世帯主氏名	
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	保険者 所在地	電話
職業	世帯主との続柄	保険者 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・外	年 月 日	年 月 日	
		上・外	年 月 日	年 月 日	

〔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

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨	
備考	