

診療報酬明細書

都道府県 医療機関コード
番号

3	1 社・国	3 後期	1 単独	2 本外	8 高外1
歯科	2 公費	4 退職	2 2併	4 六外	0 高外7
			3 3併	6 家外	

様式第三

○ (歯科) 平成 年 月 分

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	10987()
-------	--	------	----------

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

氏名		特記事項	届出
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生			補管・歯援診・外来環 GTR・医管・在歯管 う蝕無痛・特連・手術歯 歯技工・明細・特イ術
職務上の理由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		保険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 癒 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	特導	特連	特地	外来環	点								
再診	×	時間外	×	休日	×	深夜	×	乳	×	乳・時間外	×	乳・休日	×	乳・深夜	×	特	×	再外来環	×		
管理	歯管	義管	+	×	×	実地指	F局	P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	写	×	P混検	×	P部検	×	基本	×	×	精密	×	×	×	その他					
	標	×	S培	×	加運動	×	平測	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	バ	×	EMR	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
処置・手術	う蝕	×	保護処置	×	×	×	填塞	×	除去	×	×	×	知覚過敏	×	×	咬調	×	×			
	抜	×	感根	×	×	根	×	根	×	+	+	加圧	×	×	生切	×	×				
	髓	×	貼	×	×	貼	×	充	×	×	+	+	+	+	+	+	+				
	S	C	×	+	×	×	+	×	SRP	前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×
	P	Cur	前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×	SPT	P	処	×	P	基	処
	抜	歯	乳	×	前	×	白	×	離	×	埋	×	+	×	切開	×	×	×	×		
	その他															特定					

麻酔	伝麻	×	浸麻	×	その他	
----	----	---	----	---	-----	--

補診		維持管理	×	×	×	印象	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
歯冠形成	(前生活)	×	(前失活)	×	+	×	(窩洞)	×	+	×	+	×	×	×	×	×	×	×
	乳	×	乳	×	×	+	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
歯冠修復及び欠損	乳前小銀	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	前小バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	前小二	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	大バ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	大銀	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	大二	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	14K	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
有床義歯	1~4歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	5~8歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	9~11歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	12~14歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	総義歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×

摘要	公費分	請求	点数	決定	※	合計	点	患者負担額(公費)	円	決定	高額療養費	※	円	一部負担	金額	減額	割(円)	円	免除・支払猶予
----	-----	----	----	----	---	----	---	-----------	---	----	-------	---	---	------	----	----	------	---	---------