

自動車損害賠償責任保険 後遺障害診断書(歯科用)

診断書作成の前に必ずお読みください

フリガナ		男・女	受傷日	年 月 日
氏名			治 仰 日	年 月 日
生年月日	年 月 日(才)	通院期間	自	年 月 日 実治療日数
			至	年 月 日 (日)
住所		職業		
傷病名				
事故前	① 今回の事故前に、喪失または歯冠部の大部分(歯冠部体積の4分の3以上)を欠損していた歯(補綴済みの歯、C ₄ の状態の歯については右頁のⅡ-2参照)			
	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7
		該当歯 計 歯		
事故中	② 今回の事故により、喪失または歯冠部の大部分(歯冠部体積の4分の3以上)を欠損した歯(乳歯の損傷については右頁のⅡ-4参照)			
	E D C B A	A B C D E	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7
		該当歯 計 歯		
事故後	③ 今回の事故による歯の治療の必要上、抜歯または歯冠部の大部分(歯冠部体積の4分の3以上)を切除し、歯科補綴を施した歯 抜歯・切除の理由			
	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7
		該当歯 計 歯		
備考				
上記のとおり診断いたします。		所在地		
診断日	年 月 日	医療機関名		
診断書発効日	年 月 日	医師氏名	印	

I. 本診断書の目的

本診断書は、自動車損害賠償責任保険(自賠責保険)における後遺障害に該当するか否かを判断するために使用します。自動車事故(以下「事故」という)による歯の損傷の状態を記入してください。本診断書は、治療費を請求するためのものではありませんので、各欄の記入対象歯以外は記入されないようにご注意ください。

II. 記入上のご注意

- 各欄においてそれぞれ該当する歯を○で囲み、総数も記入してください。なお、該当する歯がない場合には、該当歯 計0歯と記入してください。また、同一歯が複数の欄に記入されることはありません(後記Ⅲ. 設例をご参照ください)。
- ①欄に該当する歯には、今回の事故前に、抜歯または歯冠部の大部分を欠損し、既に補綴されていたものも含まれます。また、事故前からC₄の状態であった歯も歯冠部の大部分を欠損していた歯に該当します。
- ③欄に該当する歯がある場合には、同欄の右余白に抜歯・切除の理由を記入してください。
- 第三大臼歯は後遺障害の対象としておりませんので記入の必要はありません。また、乳歯の損傷は原則として後遺障害の対象としておりませんので記入の必要はありません。ただし、事故により、乳歯を欠損し永久歯の萌出が見込めない歯は、②欄に記入し、萌出が見込めない理由を同欄の右余白に記入してください。
- その他参考意見がございましたら、備考欄にご記入下さい。

III. 設例

下記の設例(1.受傷内容 2.治療内容)の場合は、記入例(3.)に従い診断書を作成してください。

- 受傷内容
4Jは、歯冠部体積の約2分の1を欠損し、歯髄が露出、5Jは、歯冠部の大部分を欠損した。
- 治療内容
4Jは、抜髄後歯冠部の大部分を切除し、メタルコア支台築造の上、Br冠支台とし、5Jは、保存不能のため抜歯した。さらに、6Jは、生活歯歯冠形成を行い、Br冠支台としたが、歯冠部の大部分を切除するには至らなかった。
- 記入例
4Jは、治療の必要上、歯冠部の大部分を切除しているので、③欄に記入する。
5Jは、歯冠部の大部分を欠損し、保存不能のため抜歯したので、②欄に記入する(③欄には記入しない。)
6Jは、歯冠補綴したが、歯冠部の大部分の切除には至らないところから、いずれの欄にも記入しない。