

# 診 断 書 (歯科用)

カルテ番号															
傷病者	住所														
	氏名														
	男・女	明・大・昭・平	年 月 日生												
	傷病名	治療開始日	治癒または治癒見込み日												
		年 月 日	年 月 日 治 治 治 治 治 治 治 治 治 治 治 治												
症状の経過・治療の内容および今後の見通し。 (手術のある場合は実施日をご記入下さい。) <span style="float: right;">(受傷日 年 月 日)</span>															
事故前	① 今回の事故前に、喪失または歯冠部体積の4分の3以上を欠損していた歯(既補綴歯等も含む) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table> <div style="text-align: right;">該当歯 計 歯</div>			8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8														
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8														
事故中	② 今回の事故により、喪失または歯冠部体積の4分の3以上を欠損した歯 (乳歯外傷の場合、後継永久歯の萌出が見込めない場合のみ記入) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">E D C B A</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">A B C D E</td> <td style="text-align: right;">(乳歯外傷の場合、後継永久歯の萌出が見込めない場合のみ記入)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">E D C B A</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">A B C D E</td> <td></td> </tr> </table> <div style="text-align: right;">該当歯 計 歯</div>			E D C B A	A B C D E	(乳歯外傷の場合、後継永久歯の萌出が見込めない場合のみ記入)	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		E D C B A	A B C D E	
E D C B A	A B C D E	(乳歯外傷の場合、後継永久歯の萌出が見込めない場合のみ記入)													
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8														
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8														
E D C B A	A B C D E														
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 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table> <div style="text-align: right;">該当歯 計 歯</div>			8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8														
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8														
入院治療	日間 自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		(診断日) 年 月 日 治癒 継続 転医 中止												
通院治療	日間(内実日数 日) 自 年 月 日 ~ 至 年 月 日														
既往症 既存障害 既補綴物種類															
上記の通り診断致します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: left;">                     (作成日) 年 月 日                 </div> <div style="text-align: center;">                     所在地 名称                      TEL. ( )                 </div> <div style="text-align: center;">                     医師氏名                 </div> <div style="text-align: right;">                     (印)                 </div> </div>															