

障 害（歯牙）程 度 診 断 書

		認定 番号																																					
1 被 関 災 する 職 員 事 に 項	所 属 団 体			所 属 部 局																																			
	職 名			氏 名	( 歳)																																		
	負傷又は発 病の年月日			治ゆ年月日	年 月 日																																		
2  既 存 の 障 害	補てつ歯の 歯 列 位 置	<table><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table>		8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr></table>		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	( 歯)	
	8	7	6	5	4	3	2	1																															
	8	7	6	5	4	3	2	1																															
1	2	3	4	5	6	7	8																																
1	2	3	4	5	6	7	8																																
補てつ方法	<table><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">継 続 歯</td><td colspan="2">架 橋 義 歯</td><td colspan="2">有 床 義 歯</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>歯 名</td><td></td><td>歯 名</td><td></td><td>歯 名</td><td></td><td>歯 名</td><td></td></tr></table>					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		継 続 歯		架 橋 義 歯		有 床 義 歯				歯 名		歯 名		歯 名		歯 名											
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																	
継 続 歯		架 橋 義 歯		有 床 義 歯																																			
歯 名		歯 名		歯 名		歯 名																																	
(注) この欄は、負傷前から補てつしていた歯（現実に喪失又は著しく破損若しくは動揺した歯に係る補てつ歯に限る。）について記載してください。																																							
3  今 回 の 災 害 に よ る 障 害	補てつ歯の 歯 列 位 置	<table><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table>		8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr></table>		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	( 歯)	
	8	7	6	5	4	3	2	1																															
	8	7	6	5	4	3	2	1																															
1	2	3	4	5	6	7	8																																
1	2	3	4	5	6	7	8																																
補てつ方法	<table><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td><td colspan="2"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">継 続 歯</td><td colspan="2">架 橋 義 歯</td><td colspan="2">有 床 義 歯</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>歯 名</td><td></td><td>歯 名</td><td></td><td>歯 名</td><td></td><td>歯 名</td><td></td></tr></table>					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		継 続 歯		架 橋 義 歯		有 床 義 歯				歯 名		歯 名		歯 名		歯 名											
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																	
継 続 歯		架 橋 義 歯		有 床 義 歯																																			
歯 名		歯 名		歯 名		歯 名																																	
(注) この欄は、今回の公務又は通勤災害により喪失又は著しく破損若しくは動揺した歯に係る補てつ歯（既存の補てつ歯の再補てつを除く。）について記載してください。																																							
上 記 の と お り 診 断 い た し ま す 。																																							
<table><tr><td>年 月 日</td><td rowspan="3">医療機関</td><td rowspan="3">{</td><td>所 在 地</td></tr><tr><td></td><td>名 称</td></tr><tr><td></td><td>医師の氏名</td></tr></table>						年 月 日	医療機関	{	所 在 地		名 称		医師の氏名																										
年 月 日	医療機関	{	所 在 地																																				
			名 称																																				
			医師の氏名																																				

[注意事項] 1 この文書料は、診療費に含めて請求してください。

2 地方公務員災害補償法別表の「歯科補てつを加えたもの」とは、継続歯、架橋義歯、有床義歯等による補てつをいい、支台歯、鉤の装着歯、ポスト・インレーを行うに留まった歯牙は、補てつ歯数には含まれません。