

# 診療明細証明書(歯科)

( 年 月分)

療養者氏名		生年月日		性別		職務上の事由								
		明・大・昭		男・女		1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害								
傷病名部位		療養期間		届出		特記事項								
		自 年 月 日 至 年 月 日		補管・歯援診 外来環・GTR 齶蝕無痛										
		診療実日数 日 治ゆ 死亡 中止												
診療内容							金額							
初診	182	時間外(85)	休日(250)	深夜(480)	乳(40)	乳・時間外(125)	乳・休日(290)	乳・深夜(620)	障(175)	障導(250)	外来環(30)	円		
再診	40×	時間外 65×	休日 190×	深夜 420×	乳 10×	乳・時間外 75×	乳・休日 200×	乳・深夜 530×	障 175×					
管理	歯管 130・110	義管 100×	70・60・+40×	歯清 60	歯美 80	F局 80	F洗 40	医管 140	その他					
投薬・注射	内 屯 外 注	調 9×		6×	処方 42×	精 10×	+5×	処 68×	注 18×	30×				
X線・検査	全顎	枚	機 50×	S 培 60×	平 50×	基本 50×	25×	精密 100×	50×					
	標	48×	38×	写 10×	顎運動 380×	測 100×	110×	55×	220×	110×	その他			
	検査	パ 317×	315×	EMR 30×	45×	60×	75×	200×	100×	400×	200×			
	査													
処置・手術	う蝕	16×	覆罩 150×	120×	25×	堵塞 131×	除去 15×	30×	50×	知覚過敏 40×	50×	咬調 40×	60×	
	抜	220×	感 130×	根 14×	根 68×	抜 288×	感 198×	加 118×	生切 230×					
	歯	406×	染 276×	管 22×	90×	496×	根 366×	任 140×	270×					
	齶	570×	根 410×	薬 28×	充 110×	680×	充 520×	充 164×	失切 70×					
	S C	64×	+42×	19×	+13×	S R P	前 58×	小 62×	大 68×	前 17×	小 19×	大 20×		
	P C u r	前 58×	小 62×	大 68×	前 17×	小 19×	大 20×	S P T 150・125・100	P 処 10×					
	抜	歯 乳 130×	前 150×	白 260×	難 470×	埋 1050×	+100×	切開 180×	230×					
	その他	有床義歯床下粘膜調整処置 110×							特定					
	薬物散布	40×	50×			薬剤								
	麻酔	伝麻 38×	浸麻 23×	その他										
補診	100	維持管理 100×	330×	440×	印象 20×	30×	40×	60×	70×	225×	265×	275×	326×	×
歯冠形成	前	790×	前	630×	+30×	54×	充形 120×	咬合 14×	55×	70×	140×	185×	280×	
	生	鑄ジ 300×	活	鑄ジ 160×	+30×	80×	+20×	試適 40×	80×	100×	190×			
	活	乳 120×	乳	114×	+20×	120×	支台取適	メタル 前小179×	大223×	その他	前小147×	大158×		
歯冠修復	乳前小銀	189×	292×	391×	331×	472×	1233×	T E K	30×	充填 148×	100×			
	前小バ	238×	389×	511×	451×	622×	1394×	硬ジ	963×	758×	充 I	28×	11×	
	前小二	185×	279×	376×	316×	453×	1192×	ジ	392×	乳 239×	充 II	11×	5×	
	大バ	265×	431×		506×	692×		修理	70×		充 III		2×	
	大銀	194×	298×		340×	481×		装着	30×	45×	その他	29×	13×	
	大二	185×	279×		318×	456×		装着	4×	12×	リテイナー	100×	300×	
	14K		691×	889×				材料	16×		仮着	40×	80×	
ボンディング	前装	バ 1345×	ニ 1214×	銀 1214×										
	バ大	712×	バ小 642×	裏 前 864×	バ小 894×	B r 装着	70×	バ 785×	ニ 439×					
	ニ	460×	銀 460×	装 14K 1138×	他 769×	屈曲	150×	バ上 793×	F 707×					
有床義歯	1~4歯	602×	265×	双大 629×	双大 451×	線 14	双 472×	不 双 210×	レスト ナシ 130×	13×	27×			
	5~8歯	728×	310×	雙小 553×	雙小 402×	鉤 K	レスト アリ 350×	特 レスト アリ 150×	フック スーパー 92×	人	13×	27×		
	9~11歯	1015×	460×	造 K 537×	バ大 364×	ニ	双 229×	床 250×		工	31×	62×		
	12~14歯	1427×	660×	鉤 461×	雙大 344×	ニ	両 213×	修 280×		書	40×	80×		
	総義歯	2287×	980×	前 403×	前 334×			理 335×			×	×		
	再装	×												
	B r 再装	×												
その他														
合計														
摘要														
上記のとおり自費診療扱いで診療したことを証明します。														
医療機関						郵便番号								
						所在地								
						電話番号								
						医師名								
年 月 日														

※医療機関の方へのお願い

○診療内容内訳については月毎に記入してください。

○保険診療扱いの場合は証明しないでください。