

歯 科 診 療 録

公費負担者番号								保険者番号					
公費負担医療の受給者番号								被保険者証 被保険者手帳	記号・番号	.			
受診者	氏名												
	生年月日	明大昭平	年	月	日生	男・女	資格取得	昭和 平成	年	月	日	被保険者氏名	
	住所	電話 局 番											
	職業	被保険者との続柄		事業所 (船舶所有者)		所在地	電話 局 番		所在地	電話 局 番		名称	

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰	
		上・外	年 月 日	年 月 日		
		上・外	年 月 日	年 月 日		
		上・外	年 月 日	年 月 日		
		上・外	年 月 日	年 月 日		
		上・外	年 月 日	年 月 日		
		上・外	年 月 日	年 月 日		
		上・外	年 月 日	年 月 日		
		上・外	年 月 日	年 月 日		
		上・外	年 月 日	年 月 日		
		上・外	年 月 日	年 月 日		
		上・外	年 月 日	年 月 日		[主 訴] その他摘要

傷 病 名	労 務 不 能 に 関 す る 意 見 意見書に記入した労務不能期間	入 院 期 間
	自 月 日 至 月 日 日間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨	
備 考	