

海外旅行保険 歯科診断書

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日	カルテ 番号
------	--	-----	------	-------	-----------

治療記録		実通院治療日 (○で囲む)																
傷病名		()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
受傷日	年 月 日	()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
治ゆ日	年 月 日	()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
通院期間	年 月 日から 年 月 日まで	()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

歯 科 補 て つ 前 の 状 態	① 事故により喪失した歯 (△で囲む)	<table border="1"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td colspan="5">A B C D E</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td colspan="5">E D C B A</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td colspan="5">A B C D E</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	E	D	C	B	A	7	6	5	4	3	2	1	A B C D E					1	2	3	4	5	6	7	E D C B A					7	6	5	4	3	2	1	A B C D E					1	2	3	4	5	6	7
	E	D	C	B	A																																													
	7	6	5	4	3	2	1																																											
A B C D E																																																		
1	2	3	4	5	6	7																																												
E D C B A																																																		
7	6	5	4	3	2	1																																												
A B C D E																																																		
1	2	3	4	5	6	7																																												
② 事故により欠損 (破折) した歯で、歯冠部の3/4以上を失った歯 (△で囲む)	<table border="1"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td colspan="5">A B C D E</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td colspan="5">E D C B A</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td colspan="5">A B C D E</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	E	D	C	B	A	7	6	5	4	3	2	1	A B C D E					1	2	3	4	5	6	7	E D C B A					7	6	5	4	3	2	1	A B C D E					1	2	3	4	5	6	7	
E	D	C	B	A																																														
7	6	5	4	3	2	1																																												
A B C D E																																																		
1	2	3	4	5	6	7																																												
E D C B A																																																		
7	6	5	4	3	2	1																																												
A B C D E																																																		
1	2	3	4	5	6	7																																												
③ 既存傷害の有無 (有・無) (○で囲む) (今回の外傷以前にあった喪失歯・義歯あるいは歯冠部の3/4以上を欠損していた歯 およびC4の状態の歯を△で囲む)	<table border="1"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td colspan="5">A B C D E</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td colspan="5">E D C B A</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td colspan="5">A B C D E</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	E	D	C	B	A	7	6	5	4	3	2	1	A B C D E					1	2	3	4	5	6	7	E D C B A					7	6	5	4	3	2	1	A B C D E					1	2	3	4	5	6	7	
E	D	C	B	A																																														
7	6	5	4	3	2	1																																												
A B C D E																																																		
1	2	3	4	5	6	7																																												
E D C B A																																																		
7	6	5	4	3	2	1																																												
A B C D E																																																		
1	2	3	4	5	6	7																																												
歯 科 補 て つ 後 の 状 態	④ 今回の事故に対する歯の治療の必要上、抜歯または歯冠部の3/4以上を切除した歯 (△で囲む)	<table border="1"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td colspan="5">A B C D E</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td colspan="5">E D C B A</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td colspan="5">A B C D E</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table> <p style="text-align: right;"><抜歯・切除理由></p>	E	D	C	B	A	7	6	5	4	3	2	1	A B C D E					1	2	3	4	5	6	7	E D C B A					7	6	5	4	3	2	1	A B C D E					1	2	3	4	5	6	7
	E	D	C	B	A																																													
7	6	5	4	3	2	1																																												
A B C D E																																																		
1	2	3	4	5	6	7																																												
E D C B A																																																		
7	6	5	4	3	2	1																																												
A B C D E																																																		
1	2	3	4	5	6	7																																												
⑤ 歯科補てつを施した歯 (△で囲む)	<table border="1"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td colspan="5">A B C D E</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td colspan="5">E D C B A</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td colspan="5">A B C D E</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	E	D	C	B	A	7	6	5	4	3	2	1	A B C D E					1	2	3	4	5	6	7	E D C B A					7	6	5	4	3	2	1	A B C D E					1	2	3	4	5	6	7	
E	D	C	B	A																																														
7	6	5	4	3	2	1																																												
A B C D E																																																		
1	2	3	4	5	6	7																																												
E D C B A																																																		
7	6	5	4	3	2	1																																												
A B C D E																																																		
1	2	3	4	5	6	7																																												
備 考	⑥ 当該傷病と関係のある既往症の有無 (有・無) 有の場合 傷病名:																																																	

上記の通り診断いたします。

所在地

診断日

年 月 日

名称

診断書発行日

年 月 日

医師氏名

印