

【医師が証明する欄】

歯科

領収（診療）明細書

（ 年 月 診療分）

※すでに申請の対象となる費用については領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入してください。

患者氏名						性別	男・女		生年月日		年 月 日												
傷病名部位						診療期間		令和 年 月 日から 年 月 日まで		(診療実日数)													
初診	時間外 休日 深夜 乳 乳・時間外 乳・休日 乳・深夜 特連 特地 外安全 外感染 外来環											点											
再診	× 時間外× 休日× 深夜× 乳× 乳・時間外× 乳・休日× 乳・深夜× 外安全× 外感染×																						
管理・リハ	歯管 + + + +		根管	根管	根管	根管	実地指 +	P画像	× ×		歯リ	その他											
投薬・注射	内・屯・外・注		調		× ×		処方	× + ×		情	× + ×		処	× + ×		注	× ×						
X線検査	全顎 抜		色調 ×		P混検		×		P部検 ×		基本		×		精密		×		その他				
	標 × ×		S培 ×		顎運動 ×		菌検		×		基本		×		精密		×						
	パ × × ×		EMR ×		× × ×		×		×		×		×		×		×						
処置	う蝕 ×		保護 × × × ×		Rα ×		填塞 × × ×		Hys × × ×		咬調		× × ×										
	抜 × ×		感 × ×		根 × ×		根 × ×		加圧 × ×		生切 × ×		除 × ×		T.cond × ×		F局 × ×						
	× ×		根 × ×		× ×		× ×		× ×		× ×		× ×		× ×		P処 × ×						
	× ×		処 × ×		貼 × ×		充 × ×		× × + ×		× × + ×		去 × ×		SPT + + +		P重防 × ×						
手術	SC × + × × × + ×		SRP前 × ×		小 × ×		大 × ×		前 × ×		小 × ×		大 × ×										
	抜歯 乳 × ×		前 × × + × ×		臼 × × + × ×		埋 × × + × ×		切開 × ×														
麻酔	伝麻 × ×		浸麻 × ×		その他 × ×																		
	補診 × × ×		維持管理 × × ×																				
冠修復	前C × ×		前C × ×																				
	(生単) 金硬 × ×		(失単) 金硬 × ×																				
	既成 × ×		既成 × ×																				
	(生ブ) 前接 × × + × ×		(失ブ) 前 × × + × ×																				
欠損補綴	支台印象 × ×		支台築造 × ×		メタル 前小 × ×		大 × ×		その他 前小 × ×		大 × ×		修形 × ×		充形 × × + × ×								
	金属 乳前小銀 × ×		× ×		× ×		× ×		× ×		× ×		硬ジ × × ×		充填 × ×		材充 × × ×						
	前小パ × ×		× ×		× ×		× ×		× ×		× ×		乳 × × ×		充填 1 × ×		材充 I × × ×						
	大パ × ×		× ×		× ×		× ×		× ×		× ×		仮着 × × ×		充填 2 × ×		材充 II × × ×						
欠損補綴	CAD In (I) × ×		(II) × ×		(III) × ×		手冠 × ×		前チ × ×		根板 × ×		バ前小 × ×		バ大 × ×		銀前小 × ×		銀大 × ×		レジン × ×		
	バ前 × ×		銀前 × ×		バ大 × ×		× ×		C A D 冠 (I) × × (III) × ×		装着 × × ×		リテーナー × × ×										
	前装 × ×		銀小 × ×		鑄造 × ×		× ×		(II) × × (IV) × ×		材料 × × ×		Br装着 × × ×										
	バ大 × ×		銀大 × ×		銀 × ×		× ×		バ 鑄 × ×		コバ × ×		屈曲 不特 × ×		保 × ×								
欠損補綴	1 ~ 4 歯 × ×		× ×		磁石 × ×		× ×		双大 × ×				線 不 双 × ×		間接 × ×		× × ×						
	5 ~ 8 歯 × ×		床 × ×		磁性 × ×		× ×		鑄 双小 × ×				線 特 × ×		ナシ × ×		人 × × ×						
	9 ~ 11 歯 × ×		適 × ×		キ付 × ×		× ×		造 腕大 × ×		コンビ × ×		× × + × ×		+ × ×		工 × × ×						
	12 ~ 14 歯 × ×		合 × ×		チメン × ×		× ×		鉤 腕犬小 × ×		コ 双 × ×		× × + × ×		+ × ×		歯 × × ×						
綴その他	総義歯 × ×		× ×		× ×		× ×		腕前 × ×		× ×		× ×		× ×		× ×						
摘要														合計		円							

上記のとおり領収（診療）いたしました。 令和 年 月 日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医師の氏名
医療機関の電話番号

()

※医療機関名等ゴム印を押印ください。