歯

歯科医療費領収明細書

被保険者証 ~~記号~~・番号	40	氏名		男・女	昭和 大正 明治 年生

傷病名部位	診療開始日	年 月 日	診療期間
	診療実日数	日	年 月 日から
	転帰	治ゆ 死亡 中止	年 月 日から

初診	時間外 休日 深夜 乳 障 紹 病				※ 点
再診	再診 × 時間外 休日 深夜 乳 障 病	指導	衛	F＋	
投薬・注射	内・屯・外・注 調 × × 処方 × ＋× 情×	処 × ＋×	注 × ×		

X線検査	パ × × 全顎 枚 標 × ×	模 × × EMR × × ×	平 × 測 ×	S培 × 写＋ ×	基本検査 × × × × × ×	精密検査 × × × × × ×	その他

処置・手術	即処 ×	普処 ×	覆罩 ×	除去 × × ×	知覚過敏 × ×		ラバー ×		咬調 ×
	抜 × × 髄 ×	麻 × × 抜 ×	感染根処 × × ×	根管貼薬 × × ×	根 × × 充 ×	即 × × 充 ×	失 × 即 × 充 ×	生切 × × 失切 ×	加圧根充 × × ×
	スケーリング × ＋×	SRP × ×	PCur × ×	P処 ×	切開 × ×				掻爬術 ×
	抜歯 乳 × 前 × 臼 × 難 × 埋 × ＋ ×				付着 ×		GEct ×		FOp ×
	その他				特定薬剤				

麻酔	伝麻 ×	浸麻 ×	IS × × ＋	その他	

歯冠修復及び欠損補綴

補診 ＋	特殊管理 × × ×	印象 × × × × × × × ×		＋ ×
歯冠形成	前鋳ジ（生） × × 活 乳帯 × ×	前鋳ジ（失） × × 活 乳帯 × ×	（根面）（窩洞） × × × ×	メタル支台築造 × × その他 × ×

咬合	×	×	×	×	×	＋ ×
試適	×	×	×	×		EE ×
充填	ア × ×	光・初 × ×	グ・複 × ×	その他 ×		研磨 × ピン × ×

鋳造歯冠修復	14K		×	×		
	パ大	×	×		×	×
	パ小前	×	×	×	×	×
	ニ大	×	×		×	×
	ニ小前	×	×	×	×	×
	銀大	×	×		×	×
	銀小前乳	×	×	×	×	×

前装冠	パ × ニ × 銀 ×			リテイナー × ×
金属冠	圧・ 大 × 小 × 鋳・ 大 × 小 × 圧鋳他 ×	継続歯	14K × パ × ニ × 銀 ×	装着材料 × × ×
		仮	× ×	再装着 × ×
乳 ×	ジ ×	硬ジ ×		

ポンティック	鋳造	パ大 × パ小 × ニ × 銀 ×	裏装	パ前 × パ小 × 14K × 他 ×	装着 × × ×	バー 鋳 パ × ニ × 屈曲 パ上 × 下 × 不特 × 強 ×	人工歯 × × × × × ×
	前装	パ × ニ × 銀 ×					

有床義歯	1〜4歯 × 12〜14歯 × 5〜8歯 × 総義歯 × 9〜11歯 × ゆ ×	床裏装	1〜4歯 × 12〜14歯 × 5〜8歯 × 総義歯 × 9〜11歯 × ゆ ×	床修理 × × ×	ろう × 保 × 修理 ×	

鋳造鉤	14K 双大 × 双小 × 両大 × 両大小 × 両前 × パ 双大 × 双小 × 両大 × 両大小 × 両前 ×	ニ ×	線鉤	14 双 × K レストアリ ×	不特 双 × レストナシ × レストアリ × フックスパー ×

義歯調整	× × × Ⅰ Ⅱ	新製・床裏装・Ⅰ算定（ 年 月）
その他		

その他			
摘要		合計	点
		薬剤負担金額	年 円
		受領金額	円

上記のとおり診療を行い，その料金を領収いたしました。（領収日 年 月 日）

令和 年 月 日

住所 ㊞

歯科医師

氏名 電話番号 （ ）

注
1. 国民健康保険診療報酬明細書の記載にならい記入してください。
2. ※印の個所は記入しないでください。

（投薬・注射の量名を記入してください。）