

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="0"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><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="12"><hr/></td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> </table>	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	<hr/>												7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																						
	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																																		
<hr/>																																																																
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																																			
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																							
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="0"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><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="12"><hr/></td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> </table>	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	<hr/>												7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																							
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																																			
<hr/>																																																																
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																																			
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																							
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="0"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><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="12"><hr/></td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> </table>	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	<hr/>												7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																							
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																																			
<hr/>																																																																
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																																			
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																							
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="0"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>&lt;抜歯・切除理由&gt;</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><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="12"><hr/></td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td></tr> </table>	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	<抜歯・切除理由>	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	<hr/>												7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	<抜歯・切除理由>																																																					
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																																			
<hr/>																																																																
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																																			
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																							
⑤ 歯科補てつを施した歯 (△で囲む)	<table border="0"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><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="12"><hr/></td></tr> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> </table>	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	<hr/>												7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																							
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																																			
<hr/>																																																																
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																																			
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																							
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