様式第一号(二)の1(第二十二条関係)

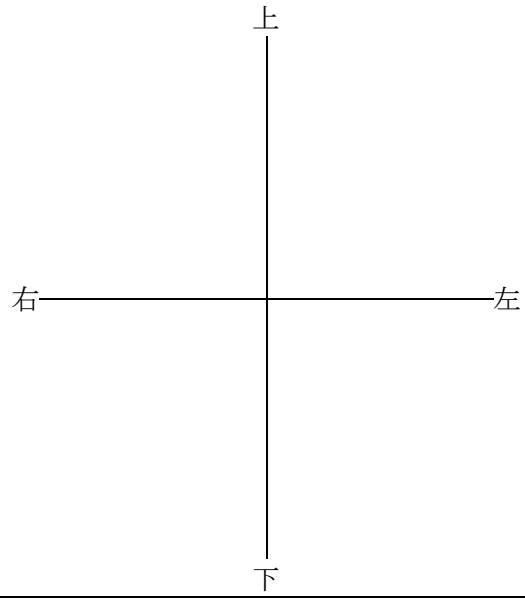
歯　科　診　療　録

公費負担者番号									保険者番号									
公費負担医療の受給者番号																		

受診者	氏名				
	生年月日	明大昭平令　年　月　日生		男・女	
	住所	電話　局　番			
	職業		被保険者との続柄		

被保険者証	被保険者手帳 記号・番号	・　(枝番)
	有効期限	令和　年　月　日
	被保険者氏名	
資格取得		昭和 平成 令和　年　月　日
事業所	(船舶所有者) 所在地	電話　局　番
	名称	
保険者	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	



〔主訴〕その他摘要

傷病名	労務不能に関する意見		入院期間
	意見書に記入した労務不能期間	意見書交付	
	自　月　日 至　月　日　日間	年　月　日	自　月　日 至　月　日　日間

業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨	
備考	