

### 歯牙欠損診断書

氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)																																
受傷年月日	年 月 日	傷病の治ゆ又は症状固定日	年 月 日 治ゆ 症状固定																																
傷病名	※初診時の傷病名及び経過について記入してください。																																		
災害前	①今回の災害前に、欠損補綴（有床義歯、架工義歯、口蓋補綴及び顎補綴）あるいは歯冠修復（歯冠継続歯、前装鑄造冠、全部鑄造冠、部分鑄造冠のうちの前歯の4分の3冠、及び臼歯の5分の4冠、ジャケット冠、金属冠に限る。）を加えていた歯  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">8</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">7</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">6</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">5</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">4</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">3</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">2</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">1</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">2</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">3</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">4</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">5</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">6</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">7</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">8</td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">該当歯 計 _____ 歯</div>			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				
災害後	②今回の災害により、欠損（永久歯が根から全部取れてなくなったもの（治療過程で抜歯したものを含む。））した歯 ※ 再植した場合は、欠損した歯に含みません。  <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">8</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">7</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">6</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">5</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">4</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">3</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">2</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">1</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">2</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">3</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">4</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">5</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">6</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">7</td><td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">8</td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">該当歯 計 _____ 歯</div>			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																				
備考	③治療内容（補綴の形態など）																																		
上記のとおり診断いたします。		所在地																																	
		名称																																	
年 月 日		医師氏名																																	

- 記入上のお願ひ
- 1 該当する事項に○印をつけ、必要事項をご記入ください。
  - 2 該当する歯がない場合には、該当歯 計0歯とご記入ください。
  - 3 訂正の場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正事項をご記入ください。