

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><tr><td>8</td><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><td>8</td></tr><tr><td colspan="16"> </td></tr><tr><td>8</td><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><td>8</td></tr></table> 該当歯 計 歯			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><tr><td>8</td><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><td>8</td></tr><tr><td colspan="16"> </td></tr><tr><td>8</td><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><td>8</td></tr></table> 該当歯 計 歯 ③治療内容（補綴の形態など）			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																																																			
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																																																	

- 記入上のお願い
- 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。

「歯牙欠損診断書」の記入方法

独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付業務にご協力をいただき、ありがとうございます。

令和3年4月から、これまで障害見舞金の対象となっていなかった1歯の歯牙欠損についても、附帯業務として、「歯牙欠損見舞金」を支給することになりました。歯牙欠損診断書の証明に当たっては、以下の記入例に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

- ① 1歯以上欠損した場合に証明をお願いします（障害見舞金の対象となるものを除く。）。
- ② 「欠損」とは、永久歯が根から全部取れてなくなったもの（喪失歯であり、治療過程で抜歯したものを含む。）をいい、破折は含みません。
- ③ 欠損補綴歯（欠損補綴を加えたもの）の脱落等は、欠損した歯数に算入しません。
- ④ 欠損歯が過剰歯である場合は、欠損した歯数に算入します。
- ⑤ 欠損歯が乳歯である場合は、欠損した歯数に算入しません。ただし、後継永久歯がない乳歯の場合は、欠損した歯数に算入します。
- ⑥ 再植歯は、欠損した歯数に算入しません。
- ⑦ 令和3年4月1日以降に発生した災害（治ゆ又は症状固定した日ではありません。）について適用します。

別記様式第3

歯牙欠損診断書

氏名	安全 健二		生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日（〇〇歳）																																	
受傷年月日	令和〇年5月10日		傷病の治ゆ又は症状固定日	令和〇年3月7日																																	
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。 右上1完全脱臼、右下1歯冠破折																																				
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、前装鑲造冠、全部鑲造冠、部分鑲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 border="1"> <tr> <td>8</td><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><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><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><td>8</td> </tr> </table> 該当歯 計 〇 歯					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 border="1"> <tr> <td>8</td><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><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><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><td>8</td> </tr> </table> 該当歯 計 1 歯 ③ 治療内容（補綴の形態など） 右上1は、再植を試みたが、動揺したため抜歯し、硬質レジン前装ブリッジを施した。 右下1は、メタルボンド・ポーセレン冠で修復処置を施した。					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																																					
上記のとおり診断いたします。			所在地	〇〇市〇〇1-2-3																																	
			名称	〇〇ビル〇階 医療法人社団〇〇会〇〇歯科																																	
令和〇年3月7日			医師氏名	健康 太郎																																	

この枠内の記入をお願いします。

令和3年4月1日以降に発生した災害について適用します。

欠損した歯以外も含めて、当該災害によるすべての傷病が治ゆ又は症状固定した後に証明してください。

- ・学校の管理下での災害による傷病名のみ記入してください。
- ・受傷部位を記入してください。

学校の管理下外の災害による治療も記入してください。

今回の学校の管理下の災害で欠損した歯の部位に○を付けてください。
※切（門）歯が2歯欠損した場合は、障害見舞金の対象となります。

破折や欠損の部位・程度・補綴の形態を記入してください。

証明日・歯科医院所在地及び名称・氏名の記入をお願いします。

- 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 計〇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。

