様式第31号(第37条関係)

　　　(歯科)　　　　　　　　　　　　　　　診療内容証明書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療期間　自　　年　　月　　日　　　　　至　　年　　月　　日 | 保険者名 | 　 | 被保険者氏名 | (　歳) | 性別 | 男 |
| 部位傷病名 | 12 | 女 |
| 診療開始日 | 1　　年　　月　　日2　　年　　月　　日 | 実日数 | 日 |
| 初診 | 　　　　時間外　　　　　　　　深夜 | 　 | 摘要 |
| 投薬 | 内服 | ×　　　単位×　　　単位 | 内服　　　　　　　×屯服　　　　　　　× | 　 | 点 | 　 |
| 屯服　　　　　×　　　単位 |
| 注射 | 皮下(筋)　　　　×静脈　　　　　× | 皮下(筋)　　　　　×静脈　　　　　　× | 　 | 　 |
| ゲンレント | 診断　　　　　　回(50／100)　　　　 回 | 撮影　　　　　　回(50／100)　　　 　回 | 標準 | 枚枚 | 　 | 　 |
| 処置 | 普通処理(複) | 回回 | 　 | 　 |
| 抜髄(単)　　　　回 | (複)　　　　　　回 | 切断　　　　　　回 | 　 | 　 |
| 根充(単)　　　　　　　　　回 | (複)　　　　　　　　　　　回 | 　 | 　 |
| 特定薬剤 | 　 | 　 |
| 軟組織処置 | ×　　　　回 | 外科後　　　　×　　　　　回処置　　　　　×　　　　　回 | 　 | 　 |
| 特定薬剤 | 　 | 　 |
| 歯石除去　　　　　　　　　回 | 膿漏処置　　　　　　　　　回 | 　 | 　 |
| その他 | 　 | 　 |
| 特定薬剤 | 　 | 　 |
| 除去　　　　　　　　　回 | 調整(研磨)　　　　　　　　回 | 　 | 　 |
| インフレー充てん | ア | ×　　　　回×　　　　回 | レ | ×　　　　回×　　　　回 | 　 | 　 | 　 |
| 硅 | ×　　　　回×　　　　回 | 燐 | ×　　　　回×　　　　回 | 　 | 　 |
| 14Kポスト　　　個 | 14K複雑　　　　個 | その他の合金　　個 | 　 | 　 | 　 |
| 補てつ | 義歯 | 床歯 | 　 | 　 | 　 |
| クラスプ | 14K | 個 | 不特 | 双 | 個 | 不特 | レスト | 個 | 不特 | ナシ | 個 | 　 | 　 | 　 |
| バー | 特殊　　　　　個 | 不銹 | 　 | 　 | 　 |
| 歯冠継続歯 | 14K | 個 | その他の合金個 | 陶個 | レ個 | 　 | 　 | 　 |
| 支台築造 | セ　　　個 | ア　　　個 | その他の合金　　個 | 　 | 　 | 　 |
| 金属冠 | 金 | 大小 | 個 | パラ | 大小 | 個 | その他の合金　　個 | 　 | 　 | 　 |
| ダミー | 前 | 14Kレンジその他の合金 | 個 | 白 | パラその他の合金 | 個 | 　 | 　 | 　 |
| その他 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 手術 | 抜歯 | 乳歯 | 前歯 | 臼歯 | 難歯 | 　 | 　 | 　 |
| その他 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 特殊薬剤 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 麻酔 | 伝麻　回 | 侵麻　　　　回 | 迷もう　　　回 | 全麻　　　　回 | 　 | 　 | 　 |
| その他 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 食事療養(入院期間) | 　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで | 日間 | 円 | 　 |
| 合計 | 療養の給付 | 　 | 点 | 決定 | 　 | 点 |
| 食事療養 | 円 | 円　 |
| (標準負担額) | 円 | 　 |
| 薬剤一部負担金額 | 円 |
| 　上記のとおり証明します。　　　　　　　年　　　月　　　日保険医療機関等の名称　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印　 |