

(どちらかのにレをいれてください。)

下記のとおり診療を行い、その料金を領収いたしました。

令和 年 月 日

医療機関の

所在地及び名称



氏名	男・女 大・昭・平・令 生				氏 名																		
					令和 年 月 日																		
傷病名 部位								診療 開始日	年 月 日														
								診療 実日数	日 (日)														
								転 婦	治 ゆ	死 亡	中 止												
初診	時間外 ()	休日 ()	深夜 ()	乳 ()	乳・時間外 ()	乳・休日 ()	乳・深夜 ()	障 ()	障 導 ()	外 来 環 ()	点												
再診	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×													
管理	歯 管	義 管	+	×	歯 清	衛 実	F 局	F 洗	医 管	そ 他													
投薬・注射	内 外 注					調	×	×	処 方	×	情	+	×	×	処	×	注	×	×				
X線 検査	全額	枚	模	×	S 培	×	平	×	基	×	×	精	×	×	そ の 他								
	標	×	×	写	×	顎 運 動	測	×	基 本 検 査	×	×	精 密 検 査	×	×									
処 置 ・ 手 術	う 触	×	覆 罩	×	×	×	填 塞	×	除 去	×	×	知 覚 過 敏	×	×	咬 調	×	×						
	抜 髓	×	感 染 根 拠	×	根 管 貼 薬	×	根 充 充	×	抜 髓 即 充	×	×	感 根 充	×	×	加 圧 根 充	×	×	生 切	×				
	S.C	×	+	×	SRP 前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×							
	PCur	前	×	小	×	大	×	前	×	小	×	大	×	SPT		P処	×						
	抜 歯	乳	×	前	×	白	×	難	×	埋	×	+	×	切 開	×	×							
その他													特 定 薬 剤										
麻 酔	伝 麻	×	浸 麻	×	そ の 他																		
歯 冠 修 復 及 び 欠 損 補 綴	補 修				維 持 管 理	×	×	×	印 象	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				
	歯 冠 形 成	(前 生 活)	×	(失 活)	×	×	+	×	(窩 洞)	×	+	×	充 形	×	咬 合 試 適	×	×	×	×				
	修 復	乳 前 小 銀	×	×	×	×	×	×	×	TEK	×	×	充 填	×	×	×							
		前 小 パ	×	×	×	×	×	×	×	硬 ジ	×	×	充 I	×	×	×							
		前 小 二	×	×	×	×	×	×	×	ジ	×	乳	×	充 II	×	×							
		大 パ	×	×			×	×		修 理	×		材 充 III		×								
		大 銀	×	×			×	×		装 着	×	×	料 そ の 他	×	×								
		大 二	×	×			×	×		装 着	×	×	リ テ イ ナ ー	×	×								
	有 床 義 歯	1~4 歯	×	×	床 裏 装 置	×	×	14	双 大	×	双 小	×	綿 鉤	14 双	不 特	双	×	レ ス ト ナ ン	×	×	×		
	5~8 歯	×	×															レ ス ト ア リ	×	×	×	人 工 歯	
	9~11 歯	×	×																				
	12~14 歯	×	×																				
	総 義 歯	×	×																				
	摘 要													公 費 分	請 求	点	合 計	点					
														点 数	決 定	※	点	決 定	※	点			
													薬 劑 負 担 額 (公費)		円		円	年	円				
													患 者 負 担 額 (公費)		円	薬 劑 負 担 全 額	円		円				
													高 額 療 養 費	※	円	一部 負 担 金 額	円	減 額 免 除 ・ 支 払 額 予	円				