診療領収明細書【歯科】

（　　年　　月分　）

氏名		男・女	年　月　日		
傷病名 部位		一般 点又は円	審査 点	診療開始日 年　月　日	
初診	時間外・休日・深夜・心障者			診療実日数 日	
投薬・注射	内・屯・外・注　処　×				
X線	全顎　標　×				
処理及び手術	善処　覆罩　根治　×			転帰	
	拡大　即充　×			治癒 / 死亡 / 中止	
	抜髄　失即充　×				
	根充　生切　失切　×			摘要	
	即日充填処置　圧排　軟外処　×			※薬品名単位、その他内容は詳細にご記入下さい。	
	歯石除去　盲嚢掻爬　膿漏処置　×				
	除去　知覚過敏処置　ラバー　×				
	抜歯　乳　前　白　難埋　×				
	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	補診　模　歯冠形成　生活　鋳ジ帯　生活根面・窩洞　×				
	印象　咬合　試適　調整　×				
	充填　ア　硅　硅燐　レ　監視　ビン　×				
	鋳造歯冠修復　14K　パ大　パ小　他大　他小　×				
	金属冠　嚼面圧印　嚼面鋳造・充実　パ大　パ小　他　×				
	継続歯　金属裏装アリ　金属裏装ナシ　14K　パ　他　陶　レ　ジ　人工歯　×				
	ダミー　前　14K　パ　他　レ　白　パ　他　大　小　人工歯　×				
	有床義歯　ゆ上　ゆ下　床　歯　総義歯　床　人工歯　床修理　×				
	鋳造鉤　14K　大　双　パ　×				
	線鉤　双　14K　パ　特　不　レストアリ　レストナシ　フックスパー　×				
	バー　鋳パ　屈パ　上　下　特　不　保　×				
その他		合計		他法負担 結核予防法 公費負担 点 / 一部(自己)負担 点 / 他法公費負担 点	
				薬剤一部負担金 円	
				領収金額 円	

上記のとおり診療を行い　年　月　日より　年　月　日までの費用を領収しました。

令和　年　月　日

所在地・電話番号

医療機関名

医師氏名　㊞

（記入上の注意）

①患者氏名・性別・年令・傷病名部位・診療期間・転帰・実日数は特に漏れなく記入してください。

②記入事項を訂正した場合は必ず訂正印を押してください。