

【歯科医療機関名】

回答日：令和 年 月 日

【所在地】

【TEL】

担当者：

(印不要)

簡易回答様式（チェック式）〈療養費審査用・歯科〉

■ 1. 受診者情報

氏名： 生年月日： 年 月 日

受診日：令和 年 月 日（外来）

■ 2. 貴院カルテに基づく情報（該当箇所に✓）

【A. 傷病名（疑い含む）】

- 記載あり（例：歯肉炎／慢性歯周炎／齲蝕疑い 等： ）
 記載なし（異常所見なし）

【B. 発病（負傷）年月日】

- 記載あり：令和 年 月 日 記載なし 当日診断（当日が発病日相当）

【C. 当日の所見】

- 歯周ポケット検査実施 出血あり 歯石付着あり 齲蝕疑いあり
 異常所見なし

【D. 当日の診療内容（分かる範囲で）】

- 再診料／初診料 歯周基本検査 スケーリング（歯石除去）
 口腔衛生指導 その他（ ）

【E. 自費会計とした理由】 保険証不携帯 資格確認不可 その他
（ ）

【F. 本件が保険診療に該当し得るか】 はい いいえ 判断困難

※ 本確認は、健康保険法施行規則第 66 条第 1 項第 3 号に基づき、療養費審査に必要な情報（傷病名・原因・発病（負傷）年月日・傷病の経過）を確認する目的のみに使用します。可能な範囲で簡便にご記入ください。