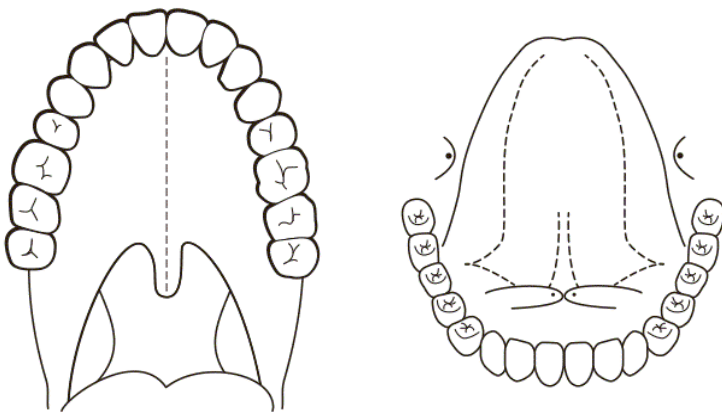


後遺障害診断書

| | | | | | |
|-------|--|---|---|-----------------------|----------------------|
| 認定番号 | — | | | (記入にあたってのお願い) | |
| 所属 | 1 この用紙は、公務(通勤)災害による後遺障害の認定のためのものです。 災害に起因した精神、身体障害とその程度について、詳しく記入して下さい。 | | | | |
| 氏名 | | | | 男・女 | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 2 後遺障害の等級は、記入しないで下さい。 | |
| 災害発生日 | 年 | 月 | 日 | 症状固定日 | 年 月 日 |
| 入院期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 月 日 () 日間 |
| 通院期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 月 日 () 日間 (実治療日数) |

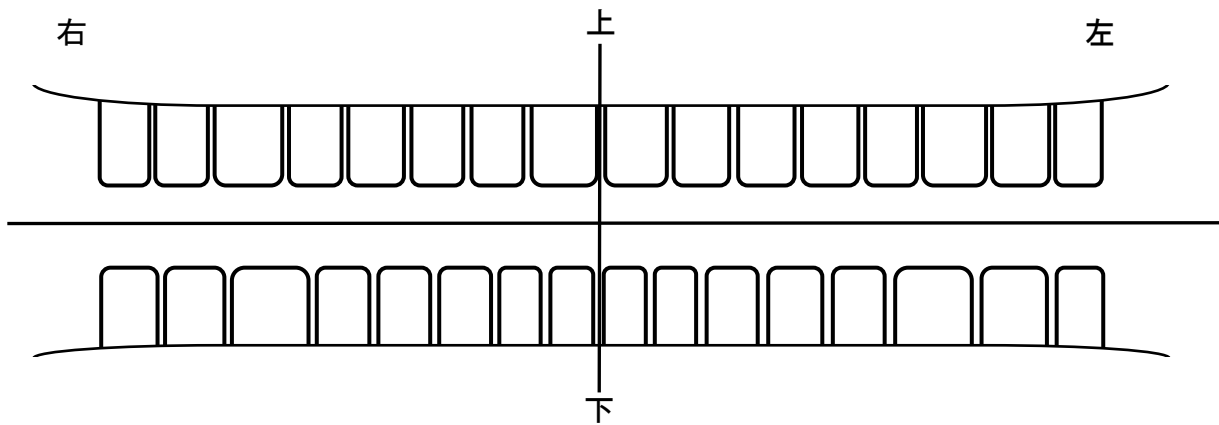
1 負傷した歯牙の部位



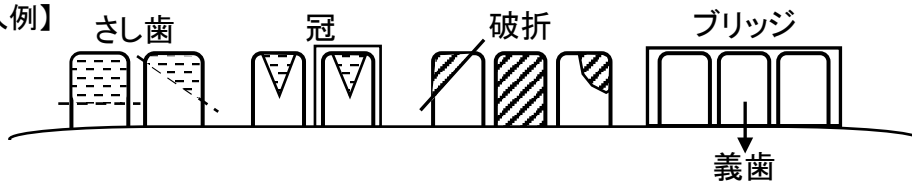
【記載の方法】

負傷した歯牙を「赤」で、負傷前に治療した歯牙(抜歯して義歯を使用しているもの又は歯茎まで削って、さし歯にしているものを含む)すべてを「青」で表示して下さい。

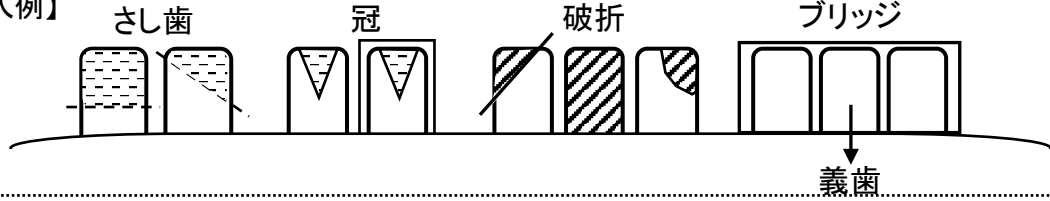
2 受傷前の治療状況



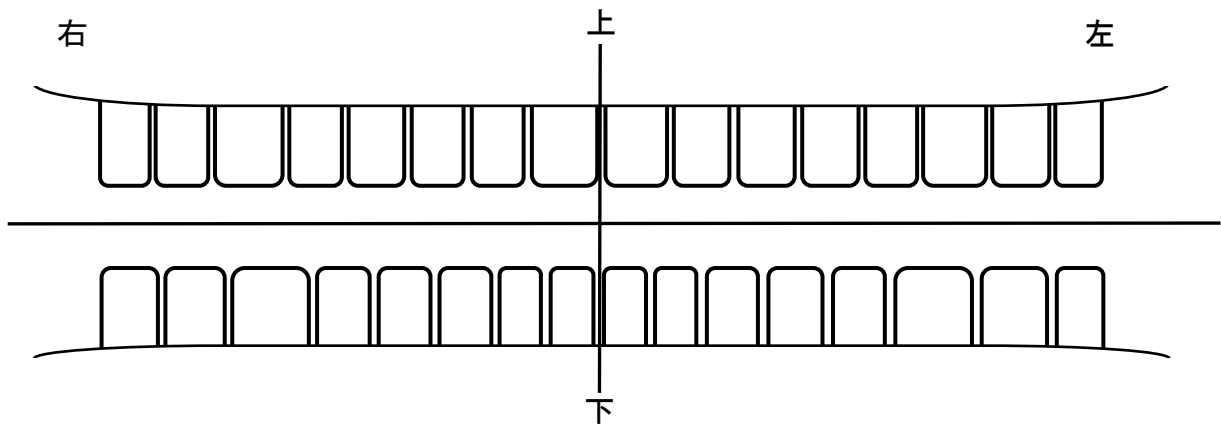
【記入例】



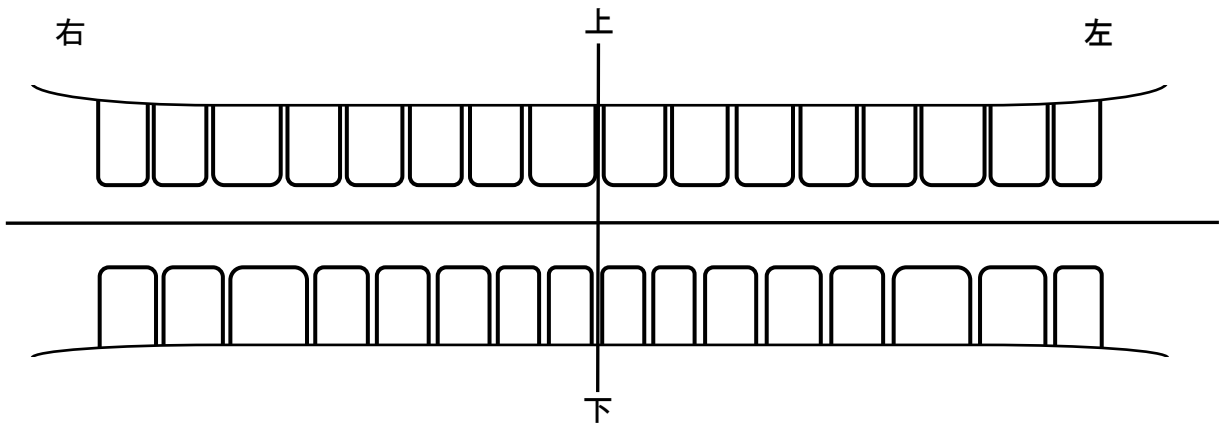
【記入例】



3 受傷状況



4 受傷後の治療状況



5 その他(具体的な説明又は特記事項等)

上記のとおり診断します。

診療機関名称

所在地

(電話)

年 月 日

歯科医師氏名

印