

後遺障害診断書

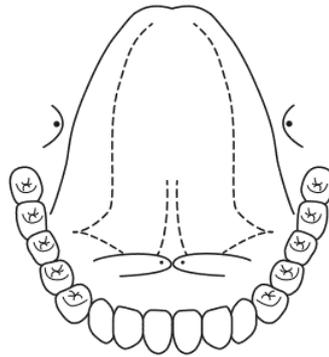
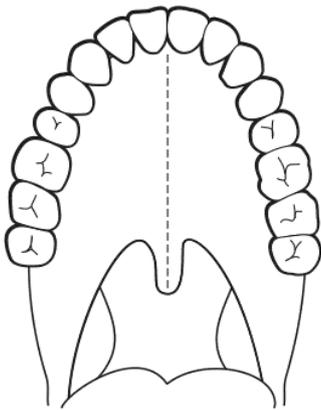
認定番号	—		
所属			
氏名		男・女	
生年月日	年	月	日
災害発生日	年	月	日
入院期間	年	月	日 () 日間
通院期間	年	月	日 () 日間 (実治療日数)

(記入にあたってのお願い)

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。

2 後遺障害の等級は、記入しないで下さい。

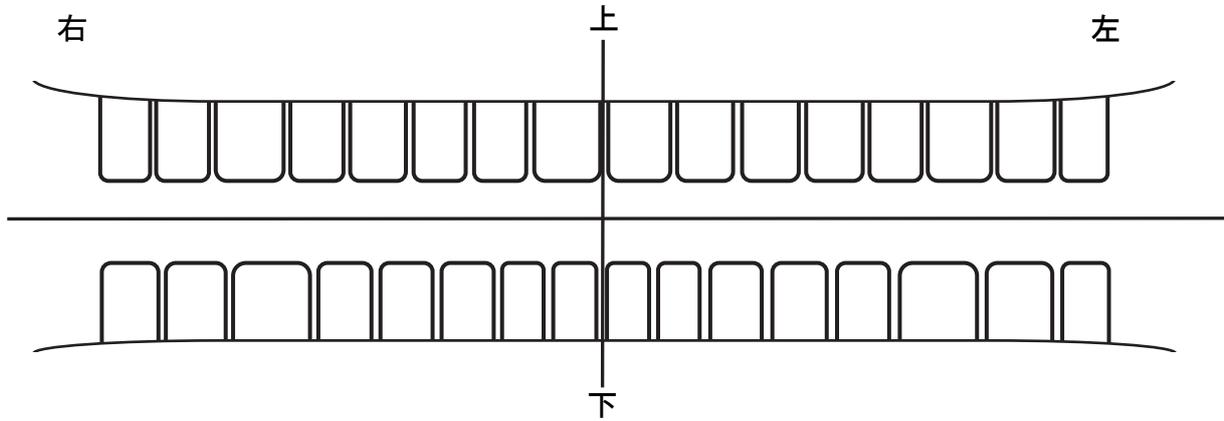
1 負傷した歯牙の部位



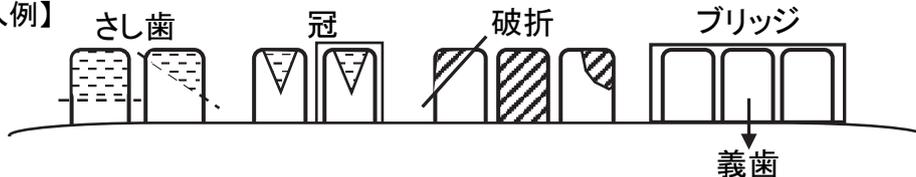
【記載の方法】

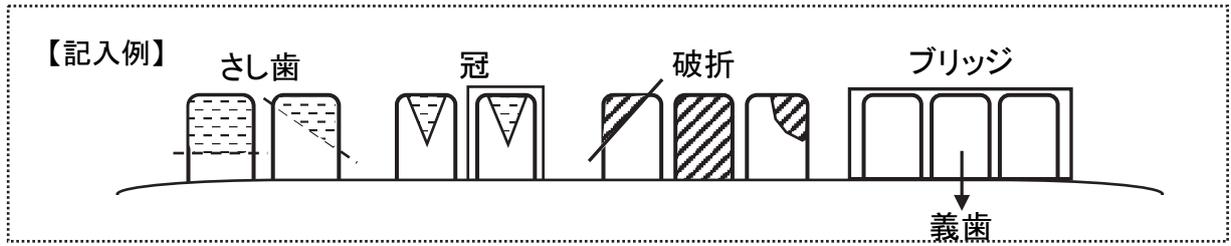
負傷した歯牙を「赤」で、負傷前に治療した歯牙(抜歯して義歯を使用しているもの又は歯茎まで削って、さし歯にしているものを含む)すべてを「青」で表示して下さい。

2 受傷前の治療状況

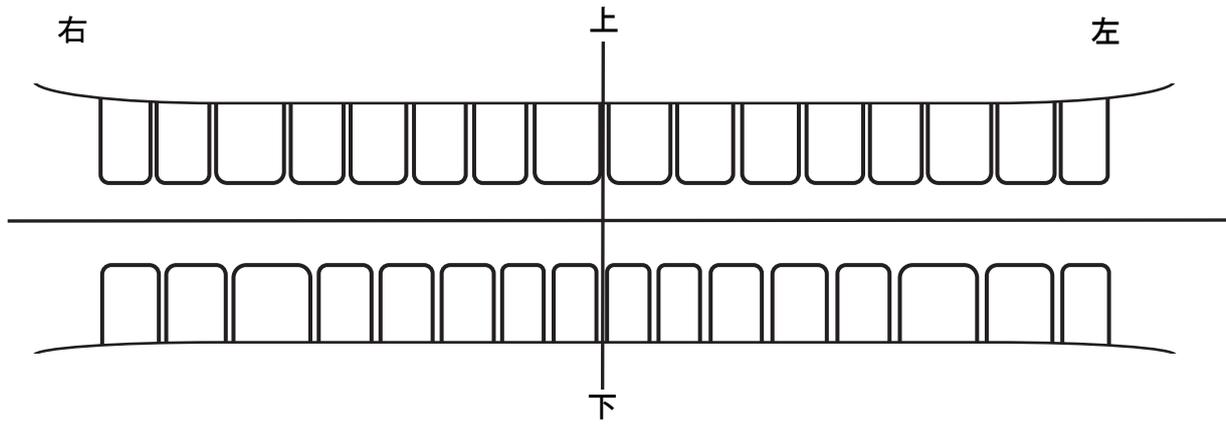


【記入例】

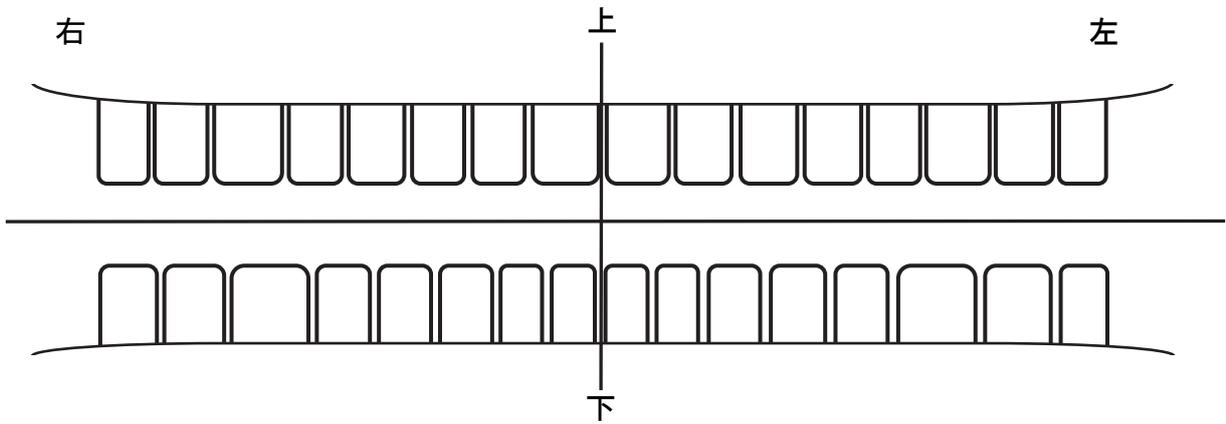




3 受傷状況



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

(自署又は押印)