

自動車損害賠償責任保険 後遺障害診断書 (歯科用)

フリガナ		男 ・ 女	受傷日	年	月	日		
氏名			治ゆ日	年	月	日		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	才			
住所			通院期間	自	年	月	日	実治療日数
			職業	至	年	月	日	(日)
傷病名								
事故前	① 今回の事故前に、喪失または歯冠部の大部分 (歯冠部体積の4分の3以上) を欠損していた歯 (補綴済みの歯、C ₁ の状態の歯については右頁のⅡ-2参照)							
	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7						
	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7						
	該当歯 計 歯							
事故前	② 今回の事故により、喪失または歯冠部の大部分 (歯冠部体積の4分の3以上) を欠損した歯 (乳歯の損傷については右頁のⅡ-4参照)							
	E D C B A	A B C D E						
	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7						
	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7						
	E D C B A	A B C D E						
	該当歯 計 歯							
事故後	③ 今回の事故による歯の治療の必要上、抜歯または歯冠部の大部分 (歯冠部体積の4分の3以上) を切除し、 歯科補綴を施した歯 抜歯・切除の理由							
	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7						
	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7						
	該当歯 計 歯							
備考								
上記のとおり診断いたします。				所在地				
診断日 平成 年 月 日				医療機関名				
診断書発行日 平成 年 月 日				医師氏名			印	