

(様式)

保険適応の有無について判断を求めるブリッジ又は小児義歯の製作に係る理由書

患者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生
保険者名 (保険者番号)		被保険者証 記号・番号		
製作予定のブリッジ又は小児義歯の部位(歯式)		_____		
保険適応の有無について 判断を求める 事項 ※該当する事項に ☑を入れて下さい。	<input type="checkbox"/> (イ)	「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算して2年を経過するまでの間[クラウン・ブリッジ維持管理期間中]に、外傷、腫瘍等(歯周病が原因である場合を除く。)によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯し、ブリッジを装着する場合		
	<input type="checkbox"/> (ロ)	有床義歯では目的が達せられないか又は誤嚥等の事故を起こす恐れが極めて大きい場合		
	<input type="checkbox"/> (ハ)	矯正・先天性欠如等により第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は3歯であるが、間隙のほうが1歯分程度小さく2歯分となる場合		
	<input type="checkbox"/> (ニ)	移植後一定期間経過した移植歯を支台歯とする1歯欠損症例のブリッジであって、骨植状態が良好であり、咬合力の負担能力が十分にあると考えられる場合		
	<input type="checkbox"/> (ホ)	先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外に咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を使用する場合		
<input type="checkbox"/> (以外)	実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が1歯分少ないようなブリッジを装着する場合			
製作予定のブリッジに係る支台歯・ 欠損歯におけるクラウン・ブリッジ維持 管理料(補管)算定の有無		部位(歯式)	補管算定の有無(算定年月日)	
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	令和 年 月 日
抜歯(予定) 部位	部位 (歯式)	傷病名	抜歯年月日	補管算定の有無(算定年月日)
			令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 令和 年 月 日
歯科医学上の具体的な理由				
<input type="checkbox"/> 別紙あり ※記載する欄が不足の場合				
【ブリッジを製作する場合】 ブリッジを製作する理由、抜歯した理由、抜歯した歯の歯周疾患の罹患状況。外傷の場合は、その受傷状況等。移植歯を支台歯とする場合は、移植年月日、移植部位、移植状況及び咬合力の負担能力が十分である状況等。		【ブリッジの判定条件】 ※ブリッジを製作する場合は、計算式を記載してください。		
【小児義歯を製作する場合】 小児義歯を製作する理由、顎堤及び残存歯の状況、予後に関する意見等。		・判定条件a: ・判定条件b:		
添付資料	<input type="checkbox"/> 模型(上顎及び下顎) ※必ず添付が必要です。 <input type="checkbox"/> エックス線フィルム又はその複製 ※必ず添付が必要です。 <input type="checkbox"/> その他()			

上記のとおり提出します。

(医療機関コード:)

令和 年 月 日

保険医療機関名称:

保険医療機関所在地:

北海道厚生局長 様

開設者氏名:

担当者氏名:

電話番号:

※本理由書を提出し、北海道厚生局長より承認があった場合のみ、保険診療の取扱いとなります。