

ブリッジの製作に係る事前承認申請の理由書

令和 年 月 日

関東信越厚生局長 殿

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関の
名称及び所在地

開 設 者 名 印

電 話 番 号 - -

患 者 氏 名		生 年 月 日	- 年 月 日
保 険 者 番 号		被保険者証の記号・番号	

ブリッジの設計	
---------	-------------

事前承認を要する事項 ※ 該当する項目の番号に○を付してください。	1	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に、外傷、腫瘍等(歯周疾患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
	2	有床義歯では目的が達せられない症例又は誤嚥等の危険性が極めて高い場合であってブリッジを行う以外に方法がない場合
	3	矯正、先天性欠如、転位等により歯式上の間隙より実態の間隙が狭い場合
	4	歯式上の間隙が実態と異なり歯式による取扱いでは保険給付外となる場合
	5	移植後一定期間経過した移植歯を支台歯とする1歯欠損症例であり、骨植状態が良好で咬合力の負担能力が十分にあると考えられる場合

補綴物維持管理に係る事項（ 算定は 有・無 ）			抜歯に係る事項（ 抜歯は 済・予定・実施無し）		
	算定有の場合、種類に○を付してください。 FMC・前装金属冠・ブリッジ・			傷病名	
	年	月 日算定		年	月 日抜歯

歯科医学上の具体的理由 (抜歯の理由、歯周疾患の罹患状況、支台歯の状態、ブリッジを求める理由、予後に関する意見等) ※ 抜歯の理由が外傷性の場合は、その詳細も記載してください。	
--	--

添 付 書 類 等 ※ 1、2は必須です。該当する項目の番号に○を付し、□には☑を入れてください。	1. 模型(上顎及び下顎)
	2. エックス線フィルム又はその複製(□標準型 □パノラマ)
	3. その他()