

## 事前承認によるブリッジの製作に係る理由書

患者氏名		生年月日	T S H 年 月 日生
保険者名 (保険者番号)		被保険者証 記号番号	

**【製作予定ブリッジの歯式】**

---

事前承認を要する事項  
※右より該当する事項の番号に○印を付してください。

1. クラウン・ブリッジ維持管理料算定後2年未満に外傷、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製作する場合
2. 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
4. 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
5. 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算定（補管）の有無（「有」の場合は、算定年月日も記入してください。）

部位 (歯式)	補管算定の有無 (算定年月日)	部位 (歯式)	補管算定の有無 (算定年月日)
	無 有 平・令 年 月 日		無 有 平・令 年 月 日
	無 有 平・令 年 月 日		無 有 平・令 年 月 日
	無 有 平・令 年 月 日		無 有 平・令 年 月 日

抜歯部位等

部位 (歯式)	傷病名	抜歯年月日	補管算定の有無
		平・令 年 月 日	無 有 平・令 年 月 日
		平・令 年 月 日	無 有 平・令 年 月 日

歯科医学上の具体的な理由  
(抜歯した理由、抜歯した歯の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、負傷原因を詳細に記入してください。

添付資料

※ 「1」「2」は必ず提出してください。

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
3. その他の資料 ( )

上記のとおり提出します。

令和 年 月 日

(医療機関コード: )

保険医療機関の  
所在地  
名称  
開設者氏名  
電話番号

近畿厚生局長 殿