

事前承認によるブリッジの製作に係る理由書

(医療機関コード:)

保険医療機関名称		開設者氏名	
患者氏名		生年月日	T S 年 月 日生 H
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】

_____ | _____

※ 移植歯の場合は、移植後の部位における歯式を支台歯として記載すること。

事前承認を要する事項	※別紙の「事前承認を要する事項」より該当する項目名を記載してください。			
	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)
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 管理料算定の有無(有り の場合、算定年月日)	無 有 令和 年 月 日		無 有 令和 年 月 日	
	無 有 令和 年 月 日		無 有 令和 年 月 日	
	無 有 令和 年 月 日		無 有 令和 年 月 日	
抜歯した当該「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(クラ ウン・ブリッジ維持管理料に係る申 請時のみ記載)	部位 (歯式)	傷病名	抜歯年月日	補管算定の有無
			令和 年 月 日	無 有 令和 年 月 日
歯科医学上の具体的な理由 (抜歯した理由(外傷(咬合性外 傷を除く。)、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」の支台歯を抜歯した場合かどうか。 、抜歯した歯の歯周疾患の罹患 状況等。移植歯を支台歯とする場合 には、移植年月日、移植状況及び咬 合力の負担能力が十分である状況 等。)	※ 外傷の場合には、その受傷状況等を具体的に記載してください。			
添付書類 (該当するものに○を 付ける)	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()			

上記のとおり提出します。

令和 年 月 日

保険医療機関の
所 在 地
名 称
開 設 者 氏 名

四国厚生支局長 殿

※注意事項

- 本理由書を提出し、四国厚生支局長より承認通知があった場合のみ、保険診療の取り扱いとなります。

事前承認を要する事項

様式1－1の事前承認を要する事項については、次の①から⑤までのいずれかの項目名を記載してください。

なお、既に製作されたブリッジについては、事前承認の対象となりません。

① クラウン・ブリッジ維持管理料算定後2年未満に当該「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」の支台歯を抜歯したブリッジ

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（咬合性外傷を除く。）、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 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ブリッジ

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歯分となる症例にブリッジを装着する場合。

③ 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

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症例にブリッジを装着する場合。

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ブリッジ

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、欠損部の間隙が1歯分少ないような症例にブリッジを装着する場合。

⑤ 有床義歯では目的が達せられない症例、誤嚥等の危険性が極めて高い症例におけるブリッジ

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症例にブリッジを装着する場合。