

理由書 1 (事前に保険適応の有無について判断を求めるブリッジの製作について)

患者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
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	_____			
事前に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☑を入れてください。	<input type="checkbox"/> 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装着する場合 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 4. 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 <input type="checkbox"/> 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			
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（補管）算定の有無 ※「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)
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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」の支台歯の状況等	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
			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 (抜歯理由、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には、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。)				
添付資料 ※ 該当する事項の番号に☑を入れてください（「1」及び「2」については、必ず提出してください。）。	<input type="checkbox"/> 1. 模型（上顎及び下顎） <input type="checkbox"/> 2. エックス線フィルム又はその複製 <input type="checkbox"/> 3. その他（ ）			

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

東北厚生局長 殿