

ブリッジの事前協議書 1

(やむを得ず「ブリッジの適応症と設計」に適合しないブリッジを製作する場合)

平成 年 月 日

東北厚生局長 殿

医療機関コード

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

所在地

名称

開設者名

印

電話番号

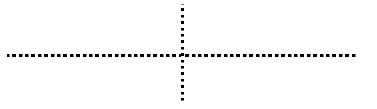
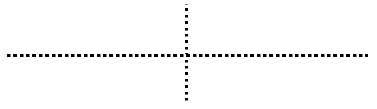
() -

ブリッジの製作について、次のとおり協議します。

| | | | |
|---------|--|-----------------|------------------|
| 患者氏名 | | 生年月日 | 明・大 昭・平 年 月 日 |
| 保険者名 | | 性別 | 男性 ・ 女性 |
| 保険者番号 | | 被保険者証の 記号・番号 | (本人・家族) |
| 公費負担者番号 | | 公費受給者番号 | |

事前に保険適用の有無の確認を要する事項 ※下記の該当する番号に○を付してください。

| | |
|---|---|
| 1 | 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症例におけるブリッジ |
| 2 | 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歯分少ないようなブリッジ |
| 3 | 移植歯を支台歯とする症例におけるブリッジ(移植を行った日付及び部位について、下欄の具体的理由に記載すること。) |

| | | | |
|---------------|---|---------|---|
| 残存歯及び 補綴状況 |  | ブリッジの設計 |  |
|---------------|---|---------|---|

「ブリッジの適応症と設計」に適合しないブリッジを製作する歯科医学上の具体的理由。

| | |
|--|--|
| 「ブリッジの適応症と設計」に適合しないブリッジを製作する歯科医学上の具体的理由。 | |
|--|--|

| | |
|------|--|
| 添付資料 | <input type="checkbox"/> 模型(上下) <input type="checkbox"/> エックス線フィルムまたはその複製 <input type="checkbox"/> その他() |
|------|--|

※添付資料として「模型」及び「エックス線フィルムまたはその複製」の提出が必要です。