

ブリッジの事前申請書 2

(クラウン・ブリッジ維持管理中にやむを得ず隣在歯等を抜歯し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 | <input type="text"/> |
| 所在地 | 〒 - | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | | | | |
| 開設者名 | | | | | | | | | 印 |
| 電話番号 | () - | | | | | | | | |

ブリッジの事前承認について、次のとおり申請します。

| | | | |
|---------|--|-----------------|------------------|
| 患者氏名 | | 生年月日 | 明・大 年 月 日 昭・平 |
| 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 | |

クラウン・ブリッジ維持管理料算定

| | | | |
|-----------------------|--|------|---------------------|
| クラウン・ブリッジ 維持管理料算定日 | | 装着物名 | |
| 傷病名 | | 装着部位 | + |

事前承認を申請するブリッジ

| | | | |
|---|---------------------|---------|---------------------|
| 欠損補綴部位 | + | ブリッジの設計 | + |
| 事前申請に至るまでの患者の経過(隣在歯等を抜歯した具体的理由、抜歯した歯の歯周疾患の罹患状況等を含む)及びブリッジを製作する歯科医学上の具体的理由。(抜歯した理由が外傷性の場合には、外傷に至った理由も併せて記載してください。) | | | |
| | | | |

| | |
|------|--|
| 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。