

先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合

小児義歯の事前理由書

平成 年 月 日

東北厚生局長殿

—

所在地

名称

開設者名

印

電話番号

() —

小児義歯の事前製作について、次のとおり協議します。

患者氏名		生年月日	平成 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	
【小児義歯】			
事前承認を要する事項	先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯		
歯科医学上の具体的な理由 (小児義歯を求める理由、顎堤及び残存歯の状況、予後にに関する意見等)			
添付資料	<input type="checkbox"/> 模型(上下) <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> エックス線フィルムまたはその複製		

*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。