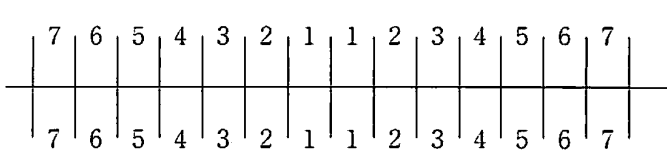


歯 牙 障 害 報 告 書

学校長又は団体の代表者の証明	被災児童生徒	ふりがな	学年	男・女	災害の状況	災害発生日	平成 年 月 日 ()
		氏名	年			当初の傷病名	
上記被災者の災害は、学校の管理下等において発生したものに相違ありません。 平成 年 月 日 学校名又は団体名 所在地 代表者氏名 印							
担当歯科医師の証明	傷病名				初診日	平成 年 月 日	
	部位				症状固定日	平成 年 月 日	
	※治療の内容及び今後の見通しについて詳細に記入してください。 ※歯牙破折・欠損の部位・程度及び補綴の形態（材質を含む）を記入してください。 〈前歯（1～3）の破折を図示〉						
							
上記のとおり歯牙の障害を認めます。				医療機関所在地及び名称			
平成 年 月 日				氏名 印			

※歯科医師様

この歯牙障害報告書は、浜松市学童等災害共済見舞金「障害見舞金」申請に必要な書類です。御協力願います。

歯牙障害報告書

被災児童生徒	ふりがな はままつ たろう	学年	男	災害発生日	平成 21 年 10 月 10 日(土)
	氏名 浜松 太郎	6 年	女	当初の 傷病名	外傷性歯の破折
学校長又は団体の代表者の証明	上記被災者の災害は、学校の管理下等において発生したものに相違ありません。				
	平成 22 年 2 月 20 日 学校名又は団体名 △△△△スポーツ少年団 所在地 浜松市△区△△町○○○-○ 山 代表者氏名 山田 一郎 山田				
担当歯科医師の証明	傷病名	1 1 歯牙破折・pul		初診日	平成21年 10月 10日
	部位			症状固定日	平成22年 2月 1日
※治療内容及び今後の見通しについて詳細に記入してください。 1 1 根管治療後、しばらく仮歯にて歯牙固定 その後、陶材焼付鑄造冠(メタルボンド)にて修復 ※歯牙破折・欠損の部位・程度及び補綴の形態(材質を含む)を記入してください。 (前歯(1~3)の破折を図示)					
7 6 5 4 3 2 ① ① 2 3 4 5 6 7 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7					
上記のとおり歯牙の障害を認めます。			医療機関所在地及び名称		
平成22年○○月○○日			浜松市○区○○町○○番地 氏名 ○○歯科医院 ○○ ○○ 印		

団で記入し、代表者の押印をしてください。

傷害名・部位、初診日、症状固定日を記載ください。

具体的な治療経過について記載ください。

該当する歯の番号に丸をつけ、破折等については、どの程度かを図示ください。

※歯科医師様

この歯牙障害報告書は、浜松市学童等災害共済見舞金「障害見舞金」申請に必要な書類です。御協力願います。