第５号様式（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 歯牙障害報告書 | | | | | | | | | | |
| 学校長の証明 | 被災児童生徒 | ふりがな | |  | 学年 | 男  ・  女 | 災害の状況 | 災害発生日 | |  |
| 氏名 | |  |  | 当初の  傷病名 | |  |
| 上記被災者の災害は、学校管理下等において発生したものに相違ありません。  年　　月　　日  学校名及び所在地  代表者氏名 | | | | | | | | | |
| 担当歯科医の証明 | 傷病名  部　位 | |  | | | 初診日 | | |  | |
| 症状固定日 | | |  | |
| ※　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。  siga  ＜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。  年　　月　　日  医療機関所在地及び名称  氏名 | | | | | | | | | |

* 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給付金「障害見舞金」申請に

必要な書類です。御協力願います。

第５号様式（第５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 歯牙障害報告書 | | | | | | | | | | |
| 学校長の証明 | 被災児童生徒 | ふりがな | |  | 学年 | 男  ・  女 | 災害の状況 | 災害発生日 | |  |
| 氏名 | |  |  | 当初の  傷病名 | |  |
| 上記被災者の災害は、学校管理下等において発生したものに相違ありません。  年　　月　　日  学校名及び所在地  補綴の対象になる歯以外にも破折した歯がある場合は、記入してください。  代表者氏名  傷病名・部位、初診日、症状固定日をご記載ください。 | | | | | | | | | |
| 担当歯科医の証明 | 傷病名  部　位 | | 1  歯冠破折、Pul  1  歯冠破折 | | | 初診日 | | |  | |
| 症状固定日 | | |  | |
| ※　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。  具体的な治療経過についてご記載ください。  1  根管治療の後、コンポジットレジンにて修復  将来的にオールセラミックにて補綴予定  ※　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。  該当する歯の番号に〇をつけ、破折等については、その程度かを図示してください。  siga  ＜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。  年　　月　　日  医療機関所在地及び名称  氏名 | | | | | | | | | |

* 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給付金「障害見舞金」申請に

必要な書類です。御協力願います。