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、Pul1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。