

歯 科 診 療 録

カルテNo.	1	(000001)
--------	---	------------

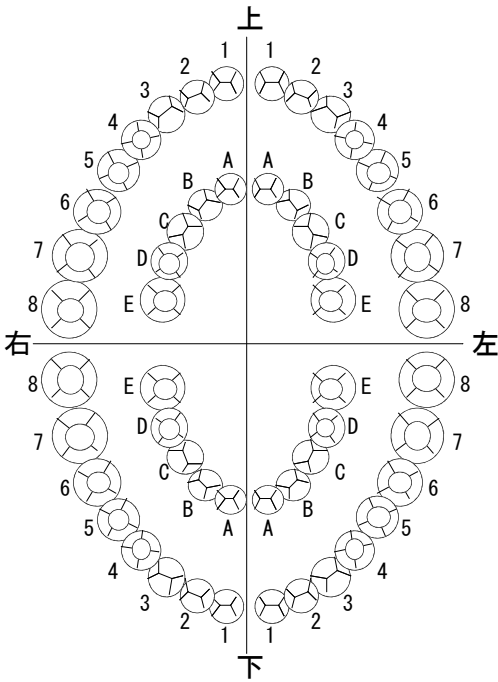
公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

保 険 者 番 号	0	1	4	0	5	0	6	8
被 保 険 者 手帳	記号・番号 21111111・65							
	有効期限 令和 2 年 3 月 31 日							

受 診 者	氏 名 ナカムラ ユウコ 仲村 裕子			
	生年月日 昭和 57 年 8 月 22 日		性別 女	
	住 所 〒 814-0001 福岡県福岡市早良区百道浜123 電 話 092-111-1111			
	職 業		被保険者 との続柄	本人
	第2公費			

被保険者氏名	仲村 裕子	
資 格 取 得	平成 24 年 4 月 1 日	
船 事 務 所 所 有 者	所 在 地	電 話
	名 称	
保 険 者	所 在 地	電 話
	名 称	

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
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	P1~2	外	R.1 10/3		
3 4	C2	外	R.1 10/3		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至	日 間	自 至 日 間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/3		初診	251	
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	フルパントモ	317	
		《パノラマ撮影》歯槽骨の水平性の吸収が認められる。	-	
		歯科疾患管理料1回目 プラークコントロールについて	100	
		文書提供加算	10	
		機械的歯面清掃処置 担当歯科衛生士：山田（ラバーキ ャップ等を使用して清掃）	68	
		実地指1 スクラビング法について	80	
		歯周基本検査(20歯以上) (別紙記載)	200	
		《要SC》全体的に歯頸部に歯石の付着を認めるため、スケ ーリングを行っていく。	-	
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	スケーリング	68	
		スケーリング 加算	38x2	
	$\frac{4}{4}$ C2	浸麻 OA+オー注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量0.8ml)	-	
		修形	120	
		連imp 寒天+アルジネート	64	
		BT (中心咬合位、バイトワックス)	18	
		合計：[一部負担金：¥4,120] [薬剤：¥0]	1372	¥4,120
R. 1 10/10		再診	51	
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	スケーリング	68	
		スケーリング 加算	38x2	
	$\frac{4}{4}$ C2	インレ-set (12%Pd) (MO)	557	
		装着料	45	
		接着性レジメント（標準型）	17	
		《接着材料 I》ジ-シーフゾルティング EX	-	
		合計：[一部負担金：¥2,440] [薬剤：¥0]	814	¥2,440
R. 1 10/25		再診	51	
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	再歯周基本検査(20歯以上) (別紙記載)	100	
		《要SC再》依然として歯肉腫脹、発赤を認め、所々に出血	-	
		を認める部位あり。再スケーリングを行っていく。	-	

カルテ番号: 1 (000001) 仲村 裕子

[illegible]

歯 科 診 療 録

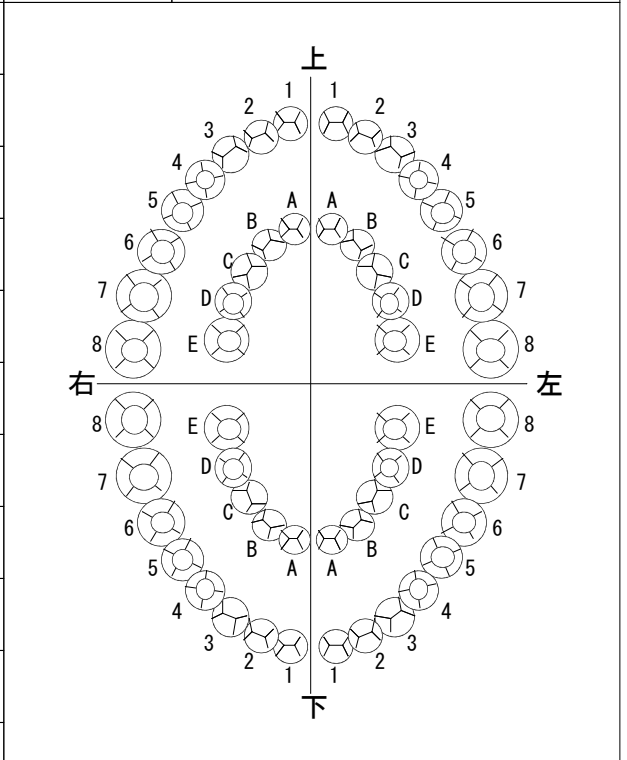
カルテNo.	2	(000002)
--------	---	------------

公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

受 診 者	氏 名 カネコ ケンジ 金子 賢治		
	生年月日 昭和 63 年 11 月 11 日		性別 男
	住 所 〒 810-0062 福岡県福岡市中央区荒戸1-2-3 電 話 092-222-2222		
	職 業	被保険者 との続柄	本人
	第2公費		

保 険 者 番 号		0	1	4	0	5	0	3	5
被 保 険 者	記号・番号	45555555・19							
	有効期限	令和 1 年 12 月 31 日							
被保険者氏名		金子 賢治							
資 格 取 得		平成 25 年 4 月 1 日							
船 事 務 所 所 有 者	所 在 地	電 話							
	名 称								
保 険 者	所 在 地	電 話							
	名 称								

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
2	P 急発 G A	外	R.1 10/2		
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	P1~2	外	R.1 10/10		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至	日間	自 至 日間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/2		初診	251	
	2 P急発GA	浸麻 0A+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1. 0mL 1mL×1管 (使用量0. 9ml)	—	
		切開 歯肉辺縁部に腫脹を認める	180	
		《診断と説明》・切開を行い経過を観察することを説明、	—	
		患者同意。	—	
		処方料	42	
		調剤料 (内, 屯服)	9	
		薬剤情報提供料	10	
		ケフレックスカプセル250mg 3 カプセル ×3 日分 (内服)	9x3	
		合計 : [一部負担金 : ¥1, 560] [薬剤 : ¥0]	519	¥1,560
R. 1 10/3		再診	51	
	2 P急発GA	SP (異常なし)	—	
		合計 : [一部負担金 : ¥150] [薬剤 : ¥0]	51	¥150
R. 1 10/10		再診	51	
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	カルパントモ	317	
		《パノラマ撮影》カリエスが多数認められる。歯槽骨の状態は	—	
		安定している。縁下歯石沈着を認める。左上5根尖病巣が	—	
		認められる。	—	
		歯科疾患管理料1回目	100	
		文書提供加算	10	
		機械的歯面清掃処置 担当歯科衛生士 : 山田 (ラバーキ	68	
		ャップ等を使用して清掃)	—	
		実地指1 歯垢、歯石の付着状態について	80	
		歯周基本検査 (20歯以上) (別紙記載)	200	
		《要SC》全体的に歯頸部に歯石の付着を認めるため、スケ	—	
		ーリングを行っていく。	—	
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	スケーリング	68	
		スケーリング 加算	38x2	
		合計 : [一部負担金 : ¥2, 910] [薬剤 : ¥0]	970	¥2,910
R. 1 10/17		再診	51	

カルテ番号: 2 (000002) 金子 賢治

[illegible]

歯科診療録

カルテNo.	3	(000003)
--------	---	----------

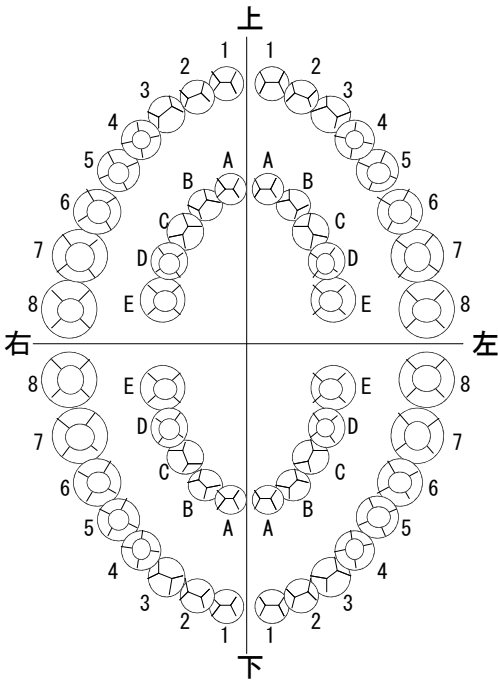
公費負担者番号						
公費負担医療 の受給者番号						

保険者番号	3	9	4	0	1	3	4	4
被保険者 被保険者手帳	記号・番号 ・45678912							
	有効期限 令和2年12月31日							

受診者	氏名 フルタ モンザエモン 古田 門左衛門			
	生年月日 昭和7年5月10日		性別 男	
	住所 〒814-0101 福岡県福岡市城南区荒江9-9-1 電話 092-333-3333			
	職業		被保険者 との続柄	本人
第2公費				

船 事 務 所 所 有 者	所在地	電話
	名称	
保険者	所在地	電話
	名称	

部	位	傷病名	職務	開始	終了	転帰
7654	4567	床下粘膜異常	外	R.1 10/2		
7654	4567	MT(リソウ)	外	R.1 10/30		



〔主訴〕 その他摘要

傷病名	労働不能に関する意見		入院期間
	意見書に記入した労働不能期間	意見書交付	
	自 至 日間		自 至 日間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/2		初診	251	
	<u>7－4</u> <u>4－7</u> 床下粘膜異常	義歯新製日 平成27年8月10日	－	
		有床義歯床下粘膜調整処置	110	
		合計：[一部負担金：¥360] [薬剤：¥0]	361	¥360
R. 1 10/9		再診	51	
	<u>7－4</u> <u>4－7</u> 床下粘膜異常	有床義歯床下粘膜調整処置	110	
		合計：[一部負担金：¥160] [薬剤：¥0]	161	¥160
R. 1 10/16		再診	51	
	<u>7－4</u> <u>4－7</u> 床下粘膜異常	有床義歯床下粘膜調整処置	110	
		合計：[一部負担金：¥160] [薬剤：¥0]	161	¥160
R. 1 10/23		再診	51	
	<u>7－4</u> <u>4－7</u> 床下粘膜異常	有床義歯床下粘膜調整処置	110	
		合計：[一部負担金：¥160] [薬剤：¥0]	161	¥160
R. 1 10/30		再診	51	
	<u>7－4</u> <u>4－7</u> MT (リソウ)	床裏装 (1床8歯)	328	
		《調整》・義歯床内面のリベース及び調整	－	
		歯科口腔リハビリテーション料1 (有床義歯 (困難以外の場合)) 義	104	
		歯の違和感と慣れについて (多少の訓練の必要性について	－	
		)	－	
		合計：[一部負担金：¥480] [薬剤：¥0]	483	¥480

歯 科 診 療 録

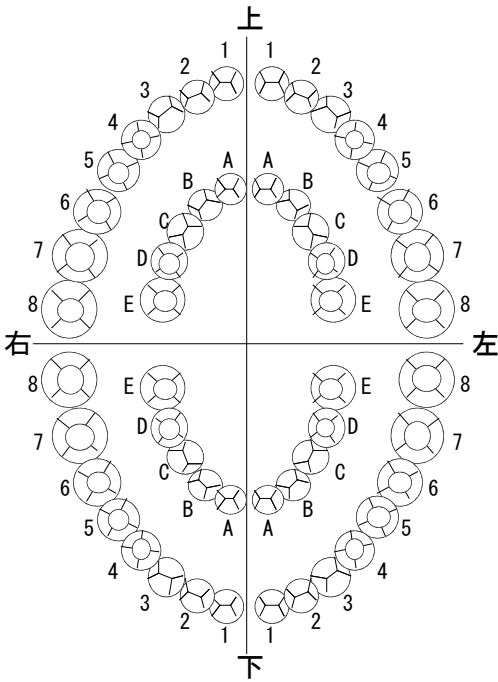
カルテNo.	4	(000004)
--------	---	------------

公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

受 診 者	氏 名 ヤマグチ ケイコ 山口 啓子			
	生年月日 昭和 2 年 6 月 19 日		性別 女	
	住 所 〒 814-0134 福岡県福岡市城南区飯倉7-5-6 電 話 092-444-4444			
	職 業		被保険者 との続柄	本人
	第2公費			

保 険 者 番 号		3	9	4	0	1	3	4	4
被 保 険 者	記号・番号	・121231231							
	有効期限	令和 1 年 12 月 31 日							
被保険者氏名		山口 啓子							
資 格 取 得		平成 21 年 4 月 1 日							
船 事 務 所 所 有 者	所 在 地	電 話							
	名 称								
保 険 者	所 在 地	電 話							
	名 称								

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
3 3	鉤歯	外	R.1 10/5		
7 6 5 4 4 5 6 7	MT	外	R.1 10/5		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至	日 間	自 至 日 間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

カルテ番号: 4 (000004) 山口 啓子

[illegible]

歯 科 診 療 録

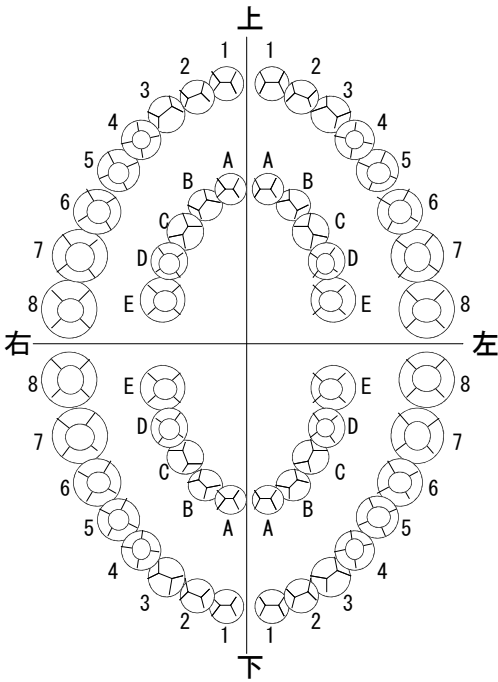
カルテNo.	5	(000005)
--------	---	------------

公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

受 診 者	氏 名 イワサキ ミホ 岩崎 美帆			
	生年月日 昭和 51 年 12 月 2 日		性別 女	
	住 所 〒 819-0025 福岡県福岡市西区石丸1-1-1			
	電 話			
	職 業		被保険者 との続柄	本人
第2公費				

保 険 者 番 号		0	1	4	0	0	0	1	9
被 保 険 者	記号・番号	91111111・35							
	有効期限	令和 2 年 12 月 31 日							
被保険者氏名		岩崎 美帆							
資 格 取 得		平成 23 年 4 月 1 日							
船 事 務 所 所 有 者	所 在 地								
	電 話								
保 険 者	所 在 地								
	電 話								
名 称									

部	位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
	8	水平埋伏智歯	外	R.1 10/7		
	3	C2	外	R.1 10/15		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至	日 間	自 至 日 間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/7		初診	251	
	「 8 水平埋伏智歯	《パノラマ撮影》左下 8 水平埋伏智歯認める。左上 3 コンタクトにカリエス認める。右下 5 根尖病巣が認められる。	-	
		トルパントモ	317	
		伝麻	42	
		0A+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1. 8mL × 1 管 (使用量 1. 4 ml)	8	
		浸麻 0A+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1. 0mL 1mL × 1 管 (使用量 0. 7ml)	-	
		粘膜骨膜弁を剥離し頬側骨を一部削除、歯冠部を分割	-	
		し抜歯その後歯根部を抜歯。	-	
		埋伏歯抜歯	1050	
		埋伏歯抜歯加算	100	
		縫合 3糸	-	
		・投薬処置を行い経過を観察することを説明、患者同意。	-	
		処方料	42	
		調剤料 (内, 屯服)	9	
		薬剤情報提供料	10	
		ケッラルカプセル 250mg 3 カプセル × 3 日分 (内服)	16×3	
		ロキソニン錠 60mg 1 錠 × 5 回分 (屯服)	1×5	
		合計 : [一部負担金 : ¥5, 650] [薬剤 : ¥0]	1882	¥5,650
R. 1 10/8		再診	51	
	「 8 水平埋伏智歯	SP 自発痛無、周辺部に腫脹を認める	-	
		《診断と説明》・経過観察を続ける。	-	
		処方料	42	
		調剤料 (外用)	6	
		薬剤情報提供料	10	
		材ステリングリーソウがい液 0. 2% 40 mL × 1 本 (外用)	22	
		合計 : [一部負担金 : ¥390] [薬剤 : ¥0]	131	¥390
R. 1 10/15		再診	51	
	「 3 C2	浸麻 0A+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1. 0mL 1mL × 1 管 (使用量 0. 8ml)	-	
		充形	126	

カルテ番号: 5 (000005) 岩崎 美帆

[illegible]

歯 科 診 療 録

カルテNo.	6	(000006)
--------	---	------------

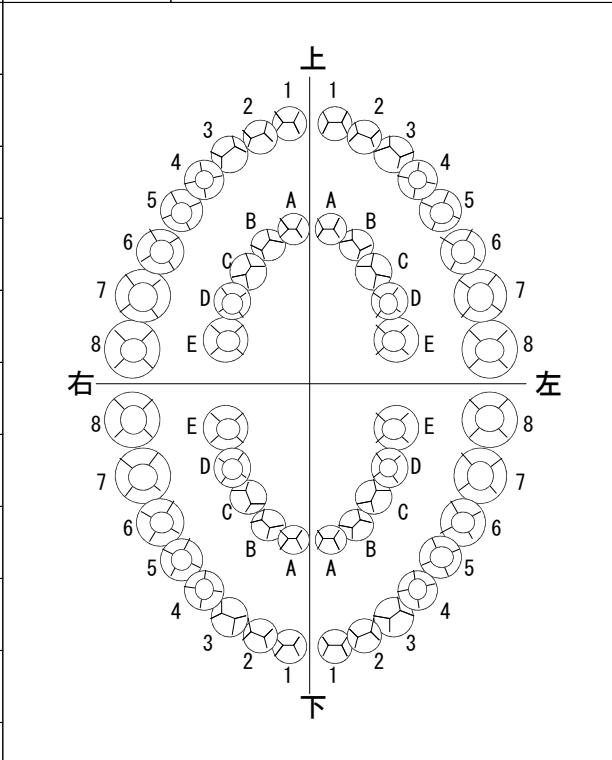
公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

保 険 者 番 号			4	0	2	3	9	8
被 保 険 者 手帳	記号・番号	123・123						
	有効期限	令和 1 年 12 月 31 日						

受 診 者	氏 名 タナカ カナエ 田中 香苗			
	生年月日 昭和 45 年 9 月 27 日		性別 女	
	住 所 〒 816-0971 福岡県大野城市牛頭1234 電 話 092-666-6666			
	職 業		被保険者 との続柄	本人
	第2公費			

被保険者氏名	田中 香苗	
資 格 取 得	平成 23 年 3 月 1 日	
船 事 務 所 所 有 者	所 在 地	電 話
	名 称	
保 険 者	所 在 地	電 話
	名 称	

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
4	P e r	外	R.1 10/2		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至 日間		自 至 日間

業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨	
備 考	

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/2		初診	251	
	4 P e r	《単純撮影》隣接面部の歯質の崩壊著しく根尖病巣大。歯	-	
		冠部破折、保存不可能と判断。	-	
		X-Ray (D)	48	
		歯科疾患管理料1回目 歯冠修復、補綴処置との関連につ	100	
		いて	-	
		文書提供加算	10	
		除去 FMC除去	36	
		感根処(抜歯予定歯) 消炎拡大、抜歯予定	150	
		《診断と説明》・抜歯を行い経過を観察することを説明、	-	
		患者同意。	-	
		処方料	42	
		調剤料 (内, 屯服)	9	
		薬剤情報提供料	10	
		ケフレックスカプセル250mg 3 カプセル × 3 日分 (内服)	9x3	
		合計 : [一部負担金 : ¥2, 050] [薬剤 : ¥0]	683	¥2,050
R. 1 10/9		再診	51	
	4 P e r	浸麻 0A+オーラ注歯科用カートリッジ 1. 0mL 1mL × 1管 (使用量0. 9ml)	-	
		抜歯	265	
		縫合 3糸	-	
		・投薬処置を行い経過を観察することを説明、患者同意。	-	
		処方料	42	
		調剤料 (内, 屯服)	9	
		薬剤情報提供料	10	
		ケラールカプセル250mg 3 カプセル × 3 日分 (内服)	16x3	
		ロキソニン錠60mg 1 錠 × 5 回分 (屯服)	1x5	
		合計 : [一部負担金 : ¥1, 290] [薬剤 : ¥0]	430	¥1,290
R. 1 10/10		再診	51	
	4 P e r	SP 自発痛無、周辺部に腫脹を認める	-	
		《診断と説明》・経過観察を続ける。	-	

カルテ番号: 6 (000006) 田中 香苗

[illegible]

歯科診療録

カルテNo.	7	(000007)
--------	---	------------

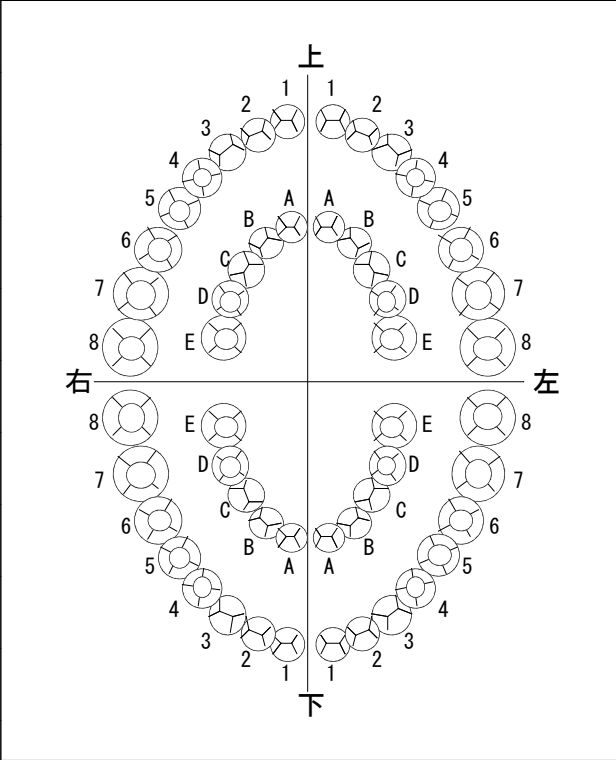
公費負担者番号	8	1	4	0	0	6	0	8
公費負担医療 の受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	

保険者番号			4	0	0	6	0	8
被保険者 被保険者手帳	記号・番号	久山・9989						
	有効期限	令和 2 年 12 月 31 日						

受診者	氏 名 アキタ ノボル 秋田 昇			
	生年月日 平成 26 年 12 月 5 日			性別 男
	住 所 〒 811-2502 福岡県糟屋郡久山町山田123 電 話 092-444-4444			
	職 業		被保険者 との続柄	家族
	第2公費			

船 事 務 所 所 有 者	所 在 地	
	電 話	
保 険 者	所 在 地	
	電 話	

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
EDCBA ABDE EDCBA ABDE	C1	外	R.1 10/3		
_____ C _____	C2	外	R.1 10/24		
_____ _____					
_____ _____					
_____ _____					
_____ _____					
_____ _____					
_____ _____					
_____ _____					
_____ _____					
_____ _____					
_____ _____					
_____ _____					
_____ _____					



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至 日間		自 至 日間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/3		初診	251	
		乳幼児加算	40	
	<u>ED</u> <u>DE</u> C1	初期う蝕早期充填処置	212x4	
		合計 : [一部負担金 : ¥0] [薬剤 : ¥0]	1139	
R. 1 10/10		再診	51	
		乳幼児加算	10	
	<u>CBA</u> <u>AB</u> C1	う蝕薬物塗布処置 サライト®	84	
		合計 : [一部負担金 : ¥0] [薬剤 : ¥0]	145	
R. 1 10/17		再診	51	
		乳幼児加算	10	
	<u>ED</u> <u>DE</u> C1	初期う蝕早期充填処置	212x4	
		合計 : [一部負担金 : ¥0] [薬剤 : ¥0]	909	
R. 1 10/24		再診	51	
		乳幼児加算	10	
	<u>CBA</u> <u>AB</u> C1	う蝕薬物塗布処置 サライト®	84	
	<u>C</u> C2	浸麻 0A+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量1.0ml)	-	
		充形	189	
		EE・EB	-	
		充填 1 (複雑)	234	
		上顎左側 C 光CR充(複雑) (M:D)	29x2	
		研磨	-	
		合計 : [一部負担金 : ¥0] [薬剤 : ¥0]	626	

歯科診療録

カルテNo.	8	(000008)
--------	---	------------

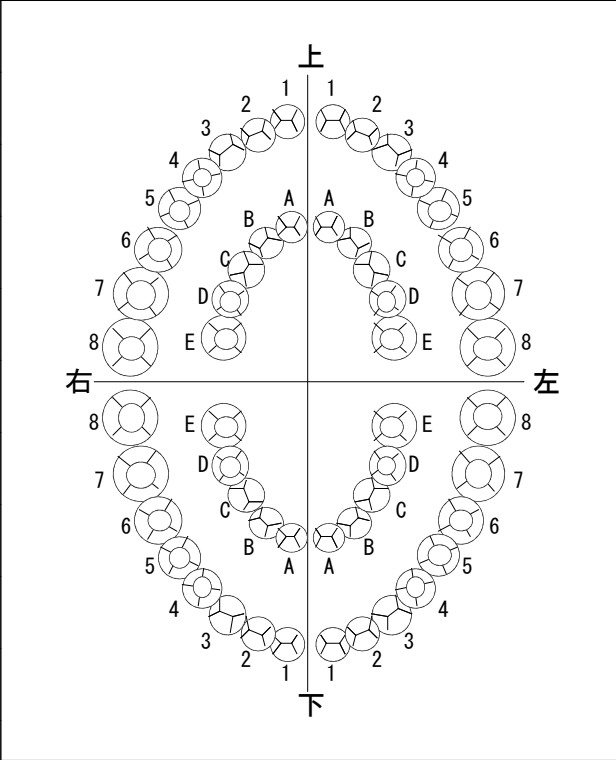
公費負担者番号						
公費負担医療 の受給者番号						

保険者番号			4	0	2	0	1	9
被保険者 手帳	記号・番号	福・123						
	有効期限	令和 1 年 12 月 31 日						

受診者	氏 名 タカダ ダイゴロウ 鷹田 大吾郎			
	生年月日 昭和 23 年 7 月 23 日		性別 男	
	住 所 〒 820-0321 福岡県嘉麻市馬見8-7-7 電 話 092-888-8888			
	職 業		被保険者 との続柄	本人
	第2公費			

船 事 務 所 所 有 者	所 在 地	
	電 話	
保 険 者	所 在 地	
	電 話	

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
6	P e r	外	R.1 10/3		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至 日間		自 至 日間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/3		初診	251	
	6 P e r	《単純撮影》根の破折が疑われたが、異常なし。	-	
		X-Ray (D)	48	
		感根処 (3根管) (NC・JG・ST)	438	
		X-Ray (D) 確認 根管の確認	38	
		合計 : [一部負担金 : ¥1,550] [薬剤 : ¥0]	775	¥1,550
R. 1 10/7		再診	51	
	6 P e r	自発痛 (-) 腫脹 (-) 咬合痛 (±) 打診痛 (±)	-	
		RCT (3根管) (NC・JG・ST)	46	
		合計 : [一部負担金 : ¥190] [薬剤 : ¥0]	97	¥190
R. 1 10/10		再診	51	
	6 P e r	自発痛 (-) 腫脹 (-) 咬合痛 (-) 打診痛 (±)	-	
		RCT (3根管) (NC・JG・ST)	46	
		合計 : [一部負担金 : ¥190] [薬剤 : ¥0]	97	¥190
R. 1 10/14		再診	51	
	6 P e r	自発痛 (-) 打診痛 (-) 症状良好なため根充とする。	-	
		下顎右側 6 EMR (3根管)	60	
		D #60 (24 mm) MB #55 (22.5mm) ML #60 (24 mm)	-	
		根充 (3根管) (ガッタパーチャ + キャナル)	114	
		加圧根管充填処置 (3根管)	200	
		X-Ray (D) 確認 根充状態良好	38	
		メタルコアimp (寒天+アルジネート)	32	
		合計 : [一部負担金 : ¥990] [薬剤 : ¥0]	495	¥990
R. 1 10/21		再診	51	
	6 P e r	メタルコアset 銀合金	246	
		失PZ (FMC)	166	
		失活歯メタルコア加算	30	
		連imp 寒天+アルジネート	64	
		BT (中心咬合位、バイトワックス)	18	
		合計 : [一部負担金 : ¥1,150] [薬剤 : ¥0]	575	¥1,150

カルテ番号: 8 (000008) 鷹田 大吾郎

[illegible]

歯 科 診 療 録

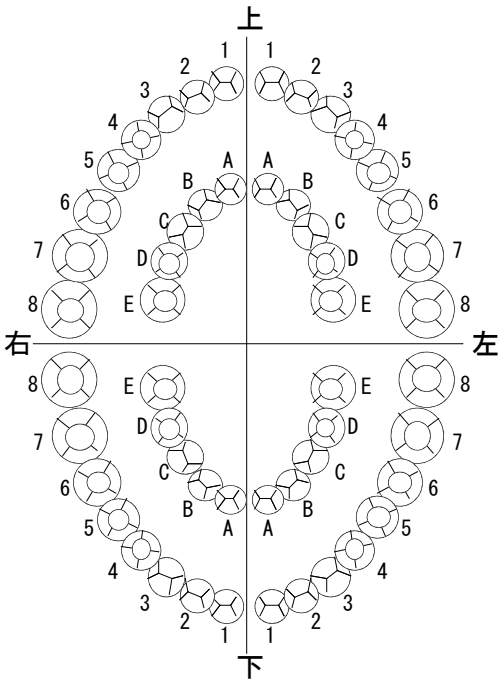
カルテNo.	9	(000009)
--------	---	------------

公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

受 診 者	氏 名 オオハシ マユミ 大橋 真由美			
	生年月日 昭和 56 年 7 月 21 日		性別 女	
	住 所 〒 857-1151 長崎県佐世保市日宇町123 電 話 0956-20-1345			
	職 業		被保険者 との続柄	本人
	第2公費			

保 険 者 番 号		0	1	4	2	0	0	1	5
被 保 険 者	記号・番号	35555555・69							
	有効期限	令和 2 年 3 月 31 日							
被保険者氏名		大橋 真由美							
資 格 取 得		平成 28 年 4 月 1 日							
船 事 務 所 所 有 者	所 在 地	電 話							
	名 称								
保 険 者	所 在 地	電 話							
	名 称								

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
4	インレーダツリ・C	外	R.1 10/5		
5 6	C2	外	R.1 10/12		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至 日間		自 至 日間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/5		初診	251	
	4 インレーダツリ・C	《単純撮影》コンタクトにカリエス認める。	-	
		X-Ray (D)	48	
		う蝕処置	18	
		In 再装着	45	
		接着性レジンメント（標準型）	17	
		《接着材料 I 》ジ-シーフジ ルーティング EX	-	
		合計：[一部負担金：¥1,140] [薬剤：¥0]	379	¥1,140
R. 1 10/12		再診	51	
	5 C2	う蝕処置	18	
		間接歯髄保護処置	30	
		合計：[一部負担金：¥300] [薬剤：¥0]	99	¥300
R. 1 10/19		再診	51	
	6 C2	浸麻 OA+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量1.0ml)	-	
		修形	120	
		異種充填	-	
		連imp 寒天+アルジネ-ト	64	
		BT (中心咬合位、バイトワックス)	18	
		EE・EB	-	
		充填 1 (単純)	104	
		上顎左側 6 光CR充(単純) (B)	11	
		研磨	-	
		合計：[一部負担金：¥1,100] [薬剤：¥0]	368	¥1,100
R. 1 10/26		再診	51	
	6 C2	インレ-set (12%Pd) (MOD)	656	
		装着料	45	
		接着性レジンメント（標準型）	17	
		《接着材料 I 》ジ-シーフジ ルーティング EX	-	
		合計：[一部負担金：¥2,310] [薬剤：¥0]	769	¥2,310

歯 科 診 療 録

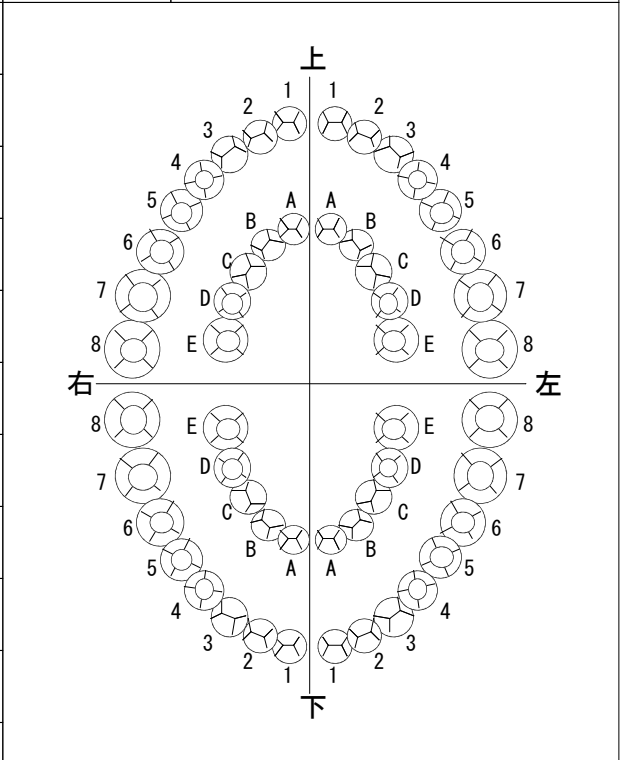
カルテNo.	10	(000010)
--------	----	------------

公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

受 診 者	氏 名 ヤマグチ ダイスケ 山口 大介			
	生年月日 昭和 28 年 6 月 28 日			性別 男
	住 所 〒 818-0125 福岡県太宰府市五条1-2 電 話 092-111-0000			
	職 業		被保険者 との続柄	本人
	第2公費			

保 険 者 番 号		0	1	4	0	0	0	1	9
被 保 険 者	記号・番号	54444444・26							
	有効期限	令和 1 年 12 月 31 日							
被保険者氏名		山口 大介							
資 格 取 得		平成 21 年 4 月 1 日							
船 事 務 所 所 有 者	所 在 地								
	電 話								
保 険 者	所 在 地								
	電 話								

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
75	Per	外	R.1 10/2		
⑦6⑤	MT	外	R.1 10/19		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至	日間	自 至 日間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/2		初診	251	
	75 P e r	《単純撮影》根尖部における透過像の確認、歯冠崩壊、内	-	
		部に歯肉。	-	
		X-Ray (D)	48	
		感根処(2根管) (NC・クレト ^ン ・ST)	300	
		感根処(3根管) (NC・クレト ^ン ・ST)	438	
		X-Ray (D) 確認 根管の確認	38	
		合計 : [一部負担金 : ¥3,230] [薬剤 : ¥0]	1075	¥3,230
R. 1 10/5		再診	51	
	75 P e r	自発痛 (-) 腫脹 (-) 排膿 (-) 打診痛 (±)	-	
		RCT (2根管) (NC・クレト ^ン ・ST)	34	
		RCT (3根管) (NC・クレト ^ン ・ST)	46	
		合計 : [一部負担金 : ¥390] [薬剤 : ¥0]	131	¥390
R. 1 10/12		再診	51	
	75 P e r	自発痛 (-) 打診痛 (-) 症状良好なため根充とする。	-	
		上顎右側 7 EMR (3根管)	60	
		P #60 (19 mm) BM #45 (18 mm) BD #45 (18.5mm)	-	
		上顎右側 5 EMR (2根管)	45	
		B #55 (18 mm) L #55 (18 mm)	-	
		根充(2根管) (ガ ^ッ タハ ^ー チャ + キャナル)	94	
		加圧根管充填処置(2根管)	164	
		根充(3根管) (ガ ^ッ タハ ^ー チャ + キャナル)	114	
		加圧根管充填処置(3根管)	200	
		X-Ray (D) 確認 根充状態良好	38	
		メタルimp (寒天+アルジ ^ネ ート)	32x2	
		合計 : [一部負担金 : ¥2,490] [薬剤 : ¥0]	830	¥2,490
R. 1 10/19		再診	51	
	75 P e r	メタルコアset	246	
		メタルコアset 銀合金	194	
		失PZ (FMC)	166x2	

カルテ番号: 10 (000010) 山口 大介

[illegible]

歯 科 診 療 録

カルテNo.	11	(000011)
--------	----	----------

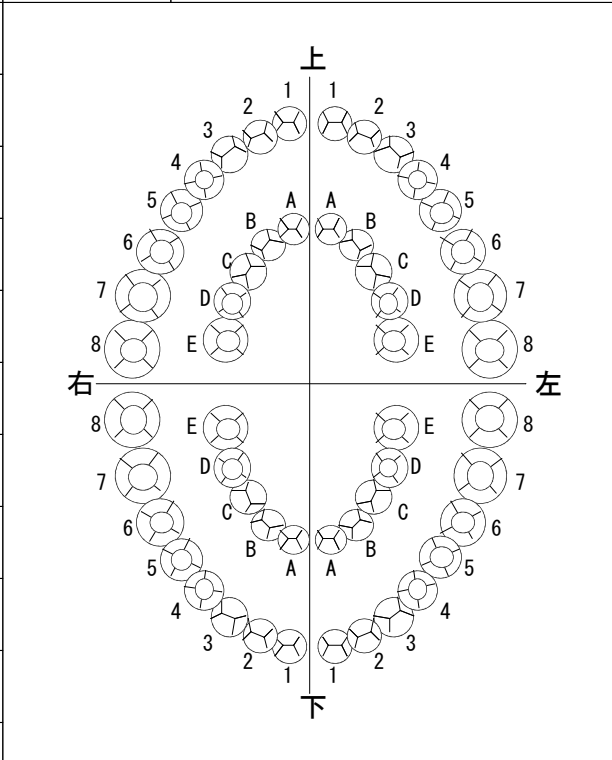
公費負担者番号						
公費負担医療 の受給者番号						

保 険 者 番 号			4	0	0	5	9	8
被 保 険 者 手 帳	記号・番号	古賀・123						
	有効期限	令和 2 年 3 月 31 日						

受 診 者	氏 名 カネコ タカシ 金子 隆			
	生年月日 平成 17 年 12 月 10 日		性別 男	
	住 所 〒 811-3133 福岡県古賀市青柳町1-3 電 話 092-111-1999			
	職 業		被保険者 との続柄	家族
	第2公費			

船 事 務 所 所 有 者	所 在 地	
	電 話	
保 険 者	所 在 地	
	電 話	

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
E	P u l	外	R.1 10/5		
A A D	C2	外	R.1 10/16		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至 日間		自 至 日間

業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨	
備 考	

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/5		初診	251	
	E P u l	《単純撮影》カリエスやや深いが露髄は認められず。	-	
		X-Ray (P) (小)	47	
		合計 : [一部負担金 : ¥890] [薬剤 : ¥0]	298	¥890
R. 1 10/9		再診	51	
	E P u l	KP (複雑)	86	
		EE・EB	-	
		充填 1 (複雑)	156	
		下顎右側 E 光CR充 (複雑) (OD)	29	
		研磨	-	
		合計 : [一部負担金 : ¥970] [薬剤 : ¥0]	322	¥970
R. 1 10/16		再診	51	
	A A C2	《単純撮影》う蝕が歯髄に及んでいないことを確認。	-	
		X-Ray (P) (小)	47	
		浸麻 0A+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管 (使用量1.0ml)	-	
		生PZ (JC)	306x2	
		光CRジ ャケット冠 set	430x2	
		合計 : [一部負担金 : ¥4,710] [薬剤 : ¥0]	1570	¥4,710
R. 1 10/23		再診	51	
	D C2	修形	120	
		連imp 寒天+アルジ ネット	64	
		BT (中心咬合位、バイトワックス)	18	
		合計 : [一部負担金 : ¥760] [薬剤 : ¥0]	253	¥760
R. 1 10/30		再診	51	
	D C2	インレ-set (銀合金) (MO)	309	
		装着料	45	
		接着性レジンセメント (標準型)	17	
		《接着材料 I 》ジ-シーフジ ルーティング EX	-	
		合計 : [一部負担金 : ¥1,270] [薬剤 : ¥0]	422	¥1,270

歯 科 診 療 録

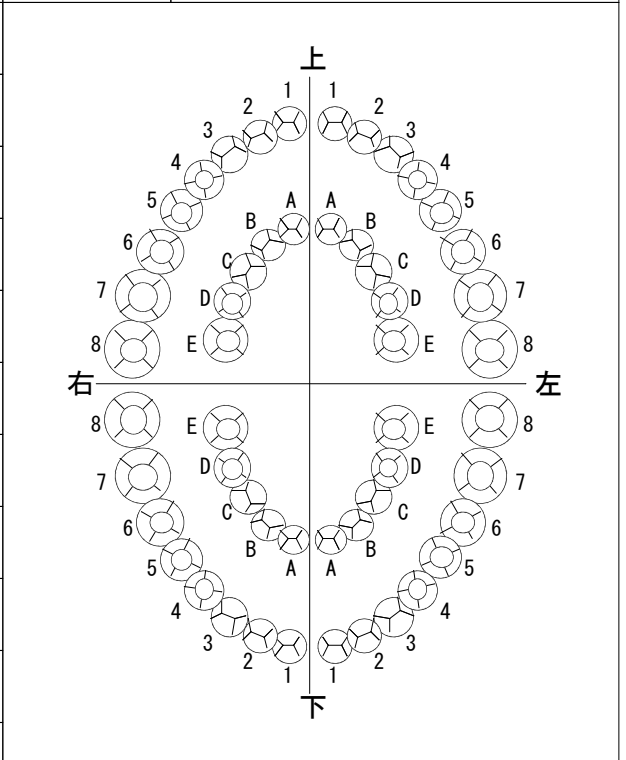
カルテNo.	12	(000012)
--------	----	------------

公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

受 診 者	氏 名 ナカガワ ケイコ 中川 啓子			
	生年月日 昭和 45 年 10 月 18 日		性別 女	
	住 所 〒 812-0013 福岡県福岡市博多区博多駅東123 電 話 092-122-2222			
	職 業		被保険者 との続柄	本人
	第2公費			

保 険 者 番 号				4	0	5	0	6	8
被 保 険 者	被 保 険 者 手 帳	記号・番号	777・555						
		有効期限	令和 1 年 12 月 31 日						
被保険者氏名		中川 啓子							
資 格 取 得		平成 21 年 2 月 1 日							
船 事 務 所 所 有 者	所 在 地								
	電 話								
保 険 者	所 在 地								
	電 話								
名 称									

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
1	C3処置歯	外	R.1 10/7		
4	C2	外	R.1 10/21		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至	日間	自 至 日間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/7		初診	251	
	1 C3処置歯	《単純撮影》根尖部には病巣は認められない。	-	
		X-Ray (D)	48	
		失PZ (レジン前装金属冠) 前歯	636	
		連imp 寒天+アルジネート	64	
		BT (中心咬合位、バイトワックス)	18	
		テンポラリークラウン	34	
		合計 : [一部負担金 : ¥3,150] [薬剤 : ¥0]	1051	¥3,150
R. 1 10/14		再診	51	
	1 C3処置歯	レジン前装金属冠 set (12%Pd)	1700	
		装着料	45	
		接着性レジンセメント (標準型)	17	
		《接着材料 I 》ジージーフジルーティング EX	-	
		ク라운・ブリッジ維持管理料	100	
		合計 : [一部負担金 : ¥5,740] [薬剤 : ¥0]	1913	¥5,740
R. 1 10/21		再診	51	
	4 C2	《単純撮影》う蝕が歯髄に及んでいないことを確認。	-	
		浸麻 0A+オーラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL × 1管 (使用量1.0ml)	-	
		生PZ (4/5冠)	306	
		連imp 寒天+アルジネート	64	
		BT (中心咬合位、バイトワックス)	18	
		合計 : [一部負担金 : ¥1,320] [薬剤 : ¥0]	439	¥1,320
R. 1 10/28		再診	51	
	4 C2	4/5冠 set (12%Pd) (小臼歯)	647	
		装着料	45	
		接着性レジンセメント (標準型)	17	
		《接着材料 I 》ジージーフジルーティング EX	-	
		ク라운・ブリッジ維持管理料	100	
		合計 : [一部負担金 : ¥2,580] [薬剤 : ¥0]	860	¥2,580

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/7		初診	251	
	5 F r T	《単純撮影》破折線は近心隣接歯頸部から根尖部まで達し	-	
		、歯冠崩壊、内部は歯肉を認め、保存不可能と判断。	-	
		X-Ray (D)	48	
		浸麻 OA+オウ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量0.9ml)	-	
		抜歯	265	
		縫合 3糸	-	
		《診断と説明》・抜歯を行い経過を観察することを説明、	-	
		患者同意。	-	
		処方料	42	
		調剤料 (内, 屯服)	9	
		薬剤情報提供料	10	
		ケラールカフセル250mg 3 カフセル ×3 日分 (内服)	16x3	
		ロキソニン錠60mg 1 錠 ×5 回分 (屯服)	1x5	
	13 P e r	除去 前装MC除去	36x2	
		感根処(単根管) (NC・クレオドン・ST)	150x2	
		合計 : [一部負担金 : ¥3,150] [薬剤 : ¥0]	1050	¥3,150
R. 1 10/8		再診	51	
	5 F r T	SP 自発痛無、周辺部に腫脹を認める	-	
		《診断と説明》・経過観察を続ける。	-	
		処方料	42	
		調剤料 (外用)	6	
		薬剤情報提供料	10	
		オステリン グリーソ がい液0.2% 40 mL ×1 本 (外用)	22	
		合計 : [一部負担金 : ¥390] [薬剤 : ¥0]	131	¥390
R. 1 10/15		再診	51	
	13 P e r	自発痛 (±) 腫脹 (-) 排膿 (-) 打診痛 (+)	-	
		RCT(単根管) (NC・カルペックス・ST)	28x2	
		合計 : [一部負担金 : ¥320] [薬剤 : ¥0]	107	¥320

歯科診療録

カルテNo.	14	(000014)
--------	----	----------

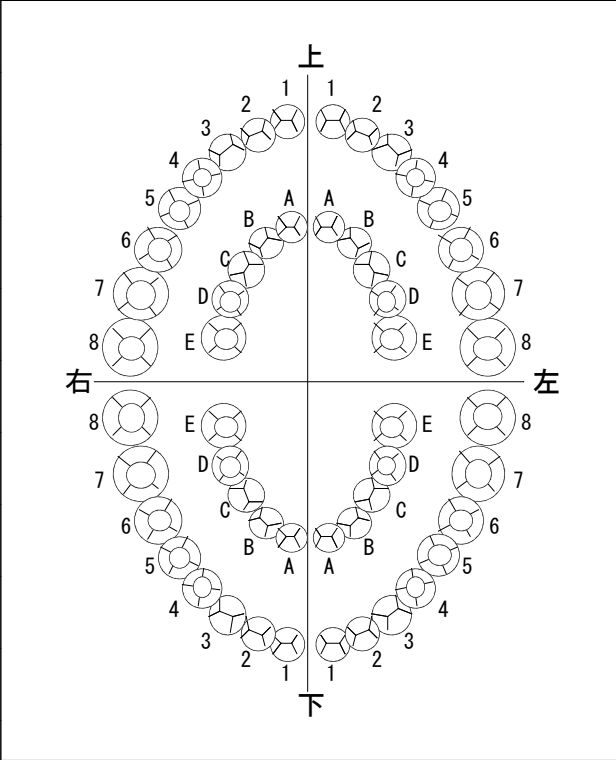
公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

保険者番号	0	6	4	0	0	0	5	5
被保険者 被保険者手帳 記号・番号	11・5624							
有効期限	令和1年12月31日							

受診者	氏名 福岡 健太郎			
	生年月日 昭和34年3月13日		性別 男	
	住所 〒820-0018 福岡県飯塚市芳雄町1-1-1 電話 092-144-4444			
	職業		被保険者 との続柄	本人
	第2公費			

被保険者氏名	福岡 健太郎	
資格取得	平成21年4月1日	
船 事 務 所 所 有 者	所在地	電話
	名称	
保険者	所在地	電話
	名称	

部位	傷病名	職務	開始	終了	転帰
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	P1~2	外	R.1 10/2		
6	P u l	外	R.1 10/2		
8	水平埋伏智歯	外	R.1 10/5		



〔主訴〕 その他摘要

傷病名	労働不能に関する意見		入院期間
	意見書に記入した労働不能期間	意見書交付	
	自 至	日間	自 至 日間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額																																																																																					
R. 1 10/2		初診	251																																																																																						
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	ルソパントモ	317																																																																																						
		《パノラマ撮影》右上6はう窩歯髓腔に達す。カリエスが多数	-																																																																																						
		認められる。左下8に水平埋伏智歯認める。軽度の歯槽骨	-																																																																																						
		吸収あり。	-																																																																																						
		歯科疾患管理料1回目 歯垢、歯石の付着状態について	100																																																																																						
		文書提供加算	10																																																																																						
		機械的歯面清掃処置 担当歯科衛生士：山田（ラバーキ	68																																																																																						
		ャップ等を使用して清掃）	-																																																																																						
		実地指1 プラークと歯肉の炎症の関係について	80																																																																																						
		歯周基本検査(20歯以上)	200																																																																																						
		<table><tr><td>動揺度</td><td></td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td>EPP</td><td></td><td>4</td><td>4</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td></td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>EPP</td><td></td><td>4</td><td>4</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>動揺度</td><td></td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr></table>	動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		EPP		4	4	3	3	4	4	5	5	4	3	3	4	4	4			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	EPP		4	4	3	3	4	4	5	5	4	3	3	4	4	4		動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																										
EPP		4	4	3	3	4	4	5	5	4	3	3	4	4	4																																																																										
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																									
EPP		4	4	3	3	4	4	5	5	4	3	3	4	4	4																																																																										
動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																										
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	《要SC》全体的に歯頸部に歯石の付着を認めるため、スケ	-																																																																																						
		ーリングを行っていく。	-																																																																																						
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	スケーリング	68																																																																																						
		スケーリング 加算	38x2																																																																																						
	$\frac{6}{6}$ P u l	浸麻 OA+オーラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量0.9ml)	-																																																																																						
		抜髄(3根管) (NC・FC・ST)	588																																																																																						
		X-Ray (D) 確認 根管の確認	38																																																																																						
		合計：[一部負担金：¥5,390] [薬剤：¥0]	1796	¥5,390																																																																																					
R. 1 10/5		再診	51																																																																																						
	$\frac{6}{6}$ P u l	自発痛（-）腫脹（-）咬合痛（±）打診痛（±）	-																																																																																						
		RCT(3根管) (NC・JG・ST)	46																																																																																						
	$\frac{8}{8}$ 水平埋伏智歯	伝麻	42																																																																																						
		OA+オーラ注歯科用カートリッジ 1.8mL×1管（使用量 1.7 ml）	8																																																																																						
		浸麻 OA+オーラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量0.7ml)	-																																																																																						
		粘膜骨膜弁を剥離し頬側骨を一部削除、歯冠部を分割	-																																																																																						
		し抜歯その後歯根部を抜歯。	-																																																																																						

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/5	「 8 水平埋伏智歯	埋伏歯抜歯	1050	
		埋伏歯抜歯加算	100	
		縫合 3糸	-	
		《診断と説明》・投薬処置を行い経過を観察することを説	-	
		明、患者同意。	-	
		処方料	42	
		調剤料（内、屯服）	9	
		薬剤情報提供料	10	
		ケフラールカプセル250mg 3 カプセル ×3 日分（内服）	16x3	
		ロキソニン錠60mg 1 錠 ×5 回分（屯服）	1x5	
		合計：[一部負担金：¥4,230] [薬剤：¥0]	1411	¥4,230
R. 1 10/7		再診	51	
	「 8 水平埋伏智歯	SP 自発痛無、周辺部に腫脹を認める	-	
		《診断と説明》・経過観察を続ける。	-	
		処方料	42	
		調剤料（外用）	6	
		薬剤情報提供料	10	
		オキシテトラリンソウがい液0.2% 40 mL ×1 本（外用）	22	
		合計：[一部負担金：¥390] [薬剤：¥0]	131	¥390
R. 1 10/9		再診	51	
	「 6 」 P u l	自発痛（-）腫脹（-）排膿（±）打診痛（-）	-	
		RCT(3根管) (NC・FC・ST)	46	
	「 7 + 7 」 P 1 ~ 2	スケーリング*	68	
		スケーリング* 加算	38x2	
		合計：[一部負担金：¥720] [薬剤：¥0]	241	¥720
R. 1 10/16		再診	51	
	「 8 水平埋伏智歯	SP 経過良好・異常なし	-	
		抜糸	-	
	「 6 」 P u l	自発痛（-）腫脹（-）排膿（-）打診痛（-）	-	
		RCT(3根管) (NC・FC・ST)	46	

カルテ番号: 14 (000014) 福岡 健太郎

[illegible]

歯科診療録

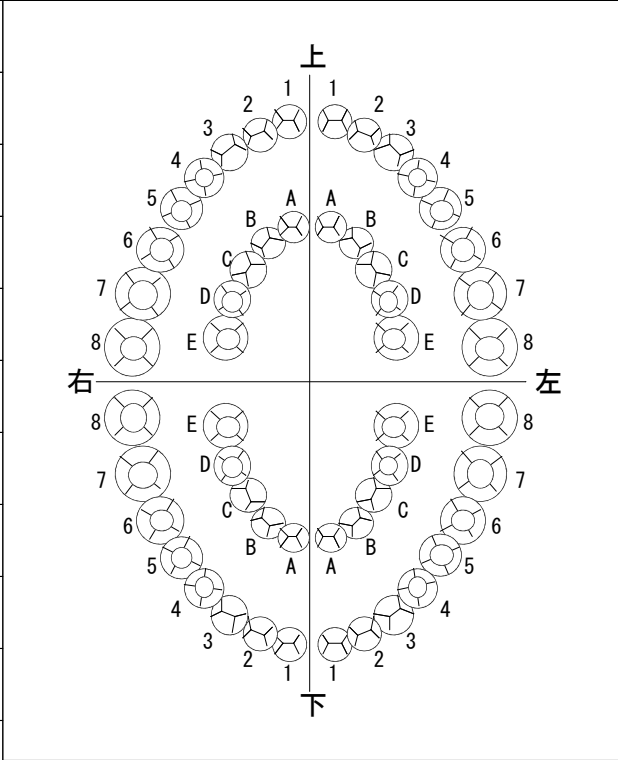
カルテNo.	15	(000015)
--------	----	----------

公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

受診者	氏名 アオモリ メイ 青森 メイ		
	生年月日 昭和 8 年 9 月 15 日		性別 女
	住所 〒 814-0101 福岡県福岡市城南区荒江8-5 電話 092-155-5555		
	職業		被保険者 との続柄 本人
	第2公費		

保険者番号		3	9	4	2	2	0	2	2
被保険者 手帳	記号・番号	・1234567							
	有効期限	令和 2 年 3 月 31 日							
被保険者氏名		青森 メイ							
資格取得		平成 21 年 4 月 1 日							
船 事 務 所 所 有 者	所在地	電 話							
	名 称								
保 険 者	所在地	電 話							
	名 称								

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7	義歯ハセツ	外	R.1 10/3		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至 日間		自 至 日間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

カルテ番号: 15 (000015) 青森 メイ

[illegible]

歯科診療録

カルテNo.	16	(000016)
--------	----	----------

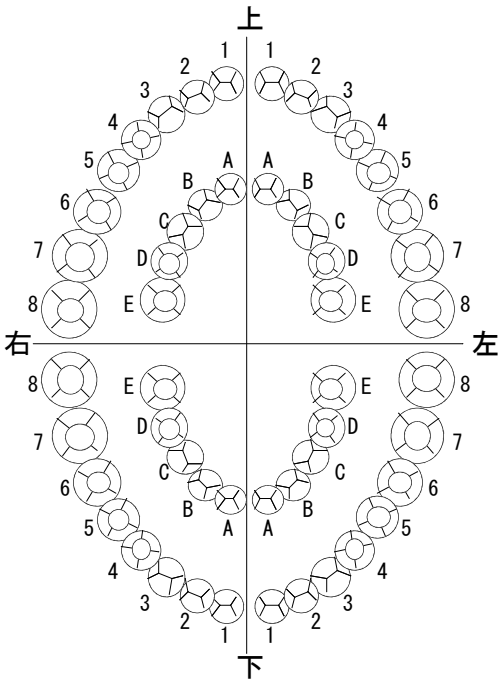
公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

保険者番号	0	1	4	0	0	0	1	9
被保険者 手帳	記号・番号							
	12345678・15							

有効期限		令和 1 年 12 月 31 日	
被保険者氏名		沖縄 太郎	
資格取得		平成 22 年 10 月 1 日	
船 事 務 所 所 有 者	所在地	電 話	
	名 称		
保 険 者	所在地	電 話	
	名 称		

受 診 者	氏 名 オキナワ ハナコ 沖縄 花子		
	生年月日 昭和 55 年 5 月 5 日		性別 女
	住 所 〒 819-0025 福岡県福岡市西区石丸1285 電 話 092-166-6666		
	職 業		被保険者 との続柄
	第2公費		

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
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	P1~2	外	R.1 10/2		
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	P	外	R.1 11/6		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至 日間		自 至 日間

業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨	
備 考	

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額																																																																																					
R. 1 10/2		初診	251																																																																																						
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	ルパントモ 全顎にわたり歯槽骨の吸収を認め、部分的に	317																																																																																						
		根長の1/3以内の骨吸収が散見される。	-																																																																																						
		歯科疾患管理料1回目 プラークコントロールについて	100																																																																																						
		機械的歯面清掃処置 担当歯科衛生士：山田（ラバーキ	68																																																																																						
		ャップ等を使用して清掃）	-																																																																																						
		歯周基本検査（20歯以上）	200																																																																																						
		<table><tr><td>動揺度</td><td></td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td>EPP</td><td></td><td>④</td><td>④</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>④</td><td>④</td><td>④</td><td>④</td><td>4</td><td>4</td><td>④</td><td>⑤</td><td>⑤</td><td></td></tr><tr><td></td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>EPP</td><td></td><td>⑤</td><td>⑤</td><td>4</td><td>④</td><td>4</td><td>④</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>④</td><td>4</td><td>4</td><td>⑤</td><td>⑤</td><td></td></tr><tr><td>動揺度</td><td></td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr></table>	動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		EPP		④	④	4	4	4	④	④	④	④	4	4	④	⑤	⑤			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	EPP		⑤	⑤	4	④	4	④	4	4	4	④	4	4	⑤	⑤		動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																										
EPP		④	④	4	4	4	④	④	④	④	4	4	④	⑤	⑤																																																																										
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																									
EPP		⑤	⑤	4	④	4	④	4	4	4	④	4	4	⑤	⑤																																																																										
動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																										
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	《要SC》全体的に歯頸部に歯石の付着を認めるため、スケ	-																																																																																						
		ーリングを行っていく。	-																																																																																						
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	スケーリング*	68																																																																																						
		スケーリング* 加算	38x2																																																																																						
		歯周基本治療処置 JG	10																																																																																						
		合計：[一部負担金：¥3,270] [薬剤：¥0]	1090	¥3,270																																																																																					
R. 1 10/9		再診	51																																																																																						
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	スケーリング*	68																																																																																						
		スケーリング* 加算	38x2																																																																																						
		合計：[一部負担金：¥590] [薬剤：¥0]	195	¥590																																																																																					
R. 1 10/23		再診	51																																																																																						
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	再歯周基本検査（20歯以上）	100																																																																																						
		<table><tr><td>動揺度</td><td></td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td>EPP</td><td></td><td>④</td><td>④</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>④</td><td>⑤</td><td>⑤</td><td></td></tr><tr><td></td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>EPP</td><td></td><td>⑤</td><td>⑤</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>⑤</td><td>⑤</td><td></td></tr><tr><td>動揺度</td><td></td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr></table>	動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		EPP		④	④	4	4	4	4	4	4	4	4	④	⑤	⑤			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	EPP		⑤	⑤	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	⑤	⑤		動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																										
EPP		④	④	4	4	4	4	4	4	4	4	④	⑤	⑤																																																																											
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																									
EPP		⑤	⑤	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	⑤	⑤																																																																										
動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																										
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	《要SRP》辺縁歯肉に炎症を認める。部分的に歯根面に粗造	-																																																																																						
		感あり。SRPを行っていく。	-																																																																																						
		実地指1 歯肉の改善とブラッシング指導について	80																																																																																						
	$\frac{3+3}{3+3}$ P1~2	浸麻 OA+オー注歯科用カートリッジ* 1.0mL 1mL×1管（使用量0.7ml）	-																																																																																						
		SRP	60x6																																																																																						

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額																																																																																					
R. 1 10/23		合計：[一部負担金：¥1,770] [薬剤：¥0]	591	¥1,770																																																																																					
R. 1 10/30		再診	51																																																																																						
	<u>3+3</u> P1~2	浸麻 OA+オ-ラ注歯科用カートリッジ [®] 1.0mL 1mL×1管(使用量0.9ml)	-																																																																																						
		SRP	60x6																																																																																						
		合計：[一部負担金：¥1,230] [薬剤：¥0]	411	¥1,230																																																																																					
		10月計：[実日数：4]	2287	¥6,860																																																																																					
R. 1 11/6		再診	51																																																																																						
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	歯科疾患管理料2回目以降 歯周病とプラークについて	100																																																																																						
	$\frac{7+7}{7+7}$ P	実地指1 歯肉の改善とブラッシング指導について	80																																																																																						
	$\frac{7+7}{7+7}$ P1~2	歯周基本治療処置 JG	10																																																																																						
	<u>7-4</u> P1~2	浸麻 OA+オ-ラ注歯科用カートリッジ [®] 1.0mL 1mL×1管(使用量1.0ml)	-																																																																																						
		SRP	64x2																																																																																						
		SRP	72x2																																																																																						
	<u>7-4</u> P1~2	浸麻 OA+オ-ラ注歯科用カートリッジ [®] 1.0mL 1mL×1管(使用量0.8ml)	-																																																																																						
		SRP	64x2																																																																																						
		SRP	72x2																																																																																						
		合計：[一部負担金：¥2,360] [薬剤：¥0]	785	¥2,360																																																																																					
R. 1 11/9		再診	51																																																																																						
	<u>4-7</u> P1~2	浸麻 OA+オ-ラ注歯科用カートリッジ [®] 1.0mL 1mL×1管(使用量0.8ml)	-																																																																																						
		SRP	64x2																																																																																						
		SRP	72x2																																																																																						
	<u>4-7</u> P1~2	浸麻 OA+オ-ラ注歯科用カートリッジ [®] 1.0mL 1mL×1管(使用量0.8ml)	-																																																																																						
		SRP	64x2																																																																																						
		SRP	72x2																																																																																						
		合計：[一部負担金：¥1,790] [薬剤：¥0]	595	¥1,790																																																																																					
R. 1 11/16		再診	51																																																																																						
	$\frac{7+7}{7+7}$ P	再歯周基本検査(20歯以上)	100																																																																																						
		<table><tr><td>動揺度</td><td></td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr><tr><td>EPP</td><td></td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td><td></td></tr><tr><td></td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>EPP</td><td></td><td>5</td><td>5</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td><td></td></tr><tr><td>動揺度</td><td></td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td></td></tr></table>	動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		EPP		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	EPP		5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5		動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																										
EPP		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5																																																																										
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																									
EPP		5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5																																																																										
動揺度		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																																										

カルテ番号: 16 (000016) 沖縄 花子

[illegible]

歯 科 診 療 録

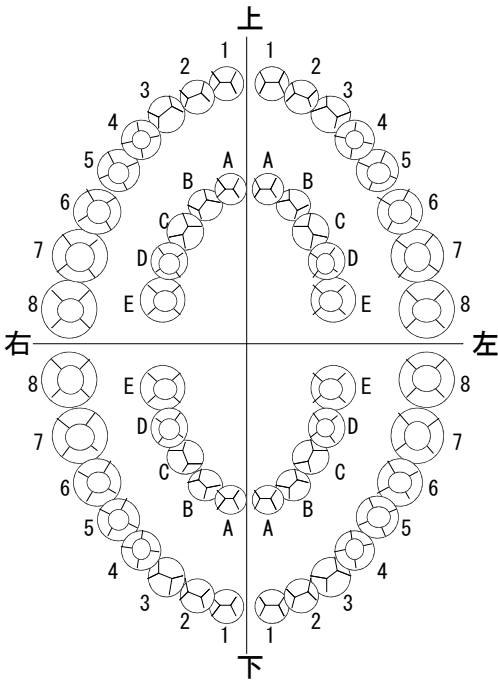
カルテNo.	17	(000017)
--------	----	----------

公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

受 診 者	氏 名 ナガサキ ヨシコ 長崎 佳子			
	生年月日 昭和 4 年 5 月 5 日		性別 女	
	住 所 〒 819-0024 福岡県福岡市西区十郎川団地1001-9 電 話 092-177-7777			
	職 業		被保険者 との続柄	本人
	第2公費			

保 険 者 番 号		3	9	4	0	0	0	1	8
被 保 険 者	記号・番号	・54321							
	有効期限	令和 2 年 12 月 31 日							
被保険者氏名		長崎 佳子							
資 格 取 得		平成 21 年 4 月 1 日							
船 事 務 所 所 有 者	所 在 地								
	電 話								
保 険 者	所 在 地								
	電 話								

部	位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7	義歯フテキ→MT	外	R.1		
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7			10/3		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至	日間	自 至 日間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/3		初診	251	
	$\frac{7+7}{7+7}$ 義歯フテキ→MT	《所見》・上下FD咬耗により咬合機能せず、顎堤吸収によ	-	
		り粘膜と適合せず新製が必要と判断。	-	
		《治療計画》・義歯新製を行い継続的管理を行う。	-	
		総義歯修理	355x2	
		《調整》・義歯床内面の調整	-	
		歯科口腔リハビリテーション料1(有床義歯(困難な場合))	124	
		合計：[一部負担金：¥1,090] [薬剤：¥0]	1085	¥1,090
R. 1 10/10		再診	51	
	$\frac{7+7}{7+7}$ 義歯フテキ→MT	補診(新製)	90x2	
		連imp(有床義歯) (各個トレー+アルジネット)	230x2	
		合計：[一部負担金：¥690] [薬剤：¥0]	691	¥690
R. 1 10/17		再診	51	
	$\frac{7+7}{7+7}$ 義歯フテキ→MT	BT (中心咬合位、バイトワックス)	283x2	
		顎運動関連検査 GoA	380	
		合計：[一部負担金：¥1,000] [薬剤：¥0]	997	¥1,000
R. 1 10/24		再診	51	
	$\frac{7+7}{7+7}$ 義歯フテキ→MT	TF	190x2	
		合計：[一部負担金：¥430] [薬剤：¥0]	431	¥430
R. 1 10/31		再診	51	
	$\frac{7+7}{7+7}$ 義歯フテキ→MT	上顎総義歯set	2402	
		下顎総義歯set	2402	
		人工歯 前歯(硬質レジン)	62x2	
		人工歯 臼歯(硬質レジン)	81x2	
		《取扱説明》・義歯を外している間は乾燥させないよう管	-	
		理、装着時には口腔内含嗽後に装着するよう指導	-	
		新製有床義歯管理料 義歯と顎堤を含めた口腔の清掃に	230	
		ついて	-	
		合計：[一部負担金：¥5,370] [薬剤：¥0]	5371	¥5,370

歯 科 診 療 録

カルテNo.	18	(000018)
--------	----	------------

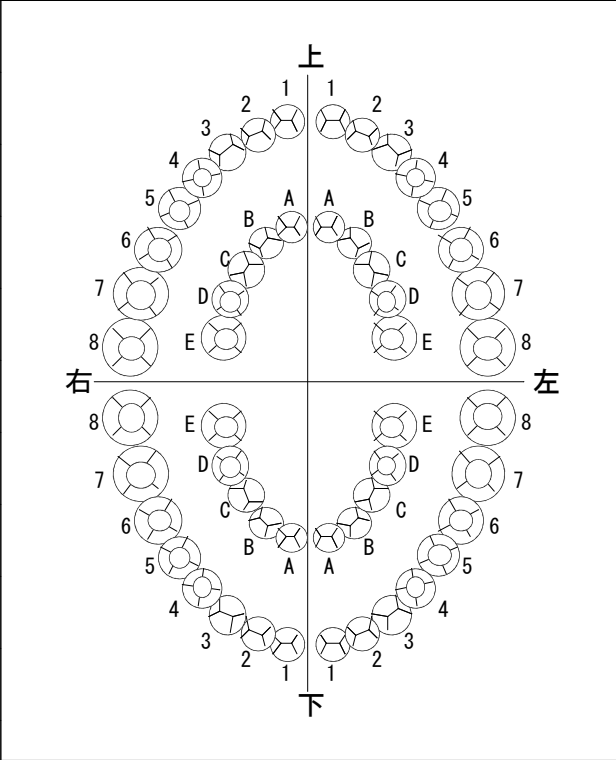
公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

保 険 者 番 号			4	0	0	0	1	5
被 保 険 者 手帳	記号・番号	4564564・54						
	有効期限	令和 2 年 3 月 31 日						

受 診 者	氏 名 イシカワ ジロウ 石川 次郎			
	生年月日 昭和 22 年 5 月 5 日		性別 男	
	住 所 〒 819-0021 福岡県福岡市西区大町団地8889 電 話 092-188-8888			
	職 業		被保険者 との続柄	本人
	第2公費			

被保険者氏名		石川 次郎	
資 格 取 得		昭和 61 年 4 月 1 日	
船 事 務 所 所 有 者	所 在 地	電 話	
	名 称		
保 険 者	所 在 地	電 話	
	名 称		

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
7 4 3 2 3 4 5 7 6 5 4 3 2 2 3 4 5 7	P1~3	外	R.1 10/2		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至	日間	自 至
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/16	4 3 P1~3	浸麻 OA+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量0.8ml)	-	
		SRP	60	
		SRP	64	
		合計 : [一部負担金 : ¥710] [薬剤 : ¥0]	357	¥710
R. 1 10/19		再診	51	
	2 3 7 P1~3	浸麻 OA+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量0.7ml)	-	
		SRP	60x2	
		SRP	72	
	4 5 P1~3	浸麻 OA+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量0.7ml)	-	
		PCur	64x2	
		合計 : [一部負担金 : ¥740] [薬剤 : ¥0]	371	¥740
R. 1 10/23		再診	51	
	6 3 2 P1~3	浸麻 OA+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量1.0ml)	-	
		SRP	60x2	
		SRP	72	
	5 4 P1~3	浸麻 OA+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量1.0ml)	-	
		PCur	64x2	
		合計 : [一部負担金 : ¥740] [薬剤 : ¥0]	371	¥740
		10月計 : [実日数 : 6]	2535	¥5,060
R. 1 11/2		再診	51	
	$\frac{7\ 4\ 3}{6-2} \mid \frac{2-5\ 7}{2-5\ 7}$ P1~3	歯科疾患管理料2回目以降 歯周病と付着歯肉について	100	
		歯周基本治療処置 JG	10	
	2 3 7 P1~3	浸麻 OA+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量1.0ml)	-	
		PCur	60x2	
		PCur	72	
	4 5 P1~3	浸麻 OA+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量1.0ml)	-	
		SRP	64x2	
		合計 : [一部負担金 : ¥960] [薬剤 : ¥0]	481	¥960
R. 1 11/6		再診	51	
	$\frac{7\ 4\ 3}{6-2} \mid \frac{2-5\ 7}{2-5\ 7}$ P1~3	実地指1 メンテナンスについて	80	

歯 科 診 療 録

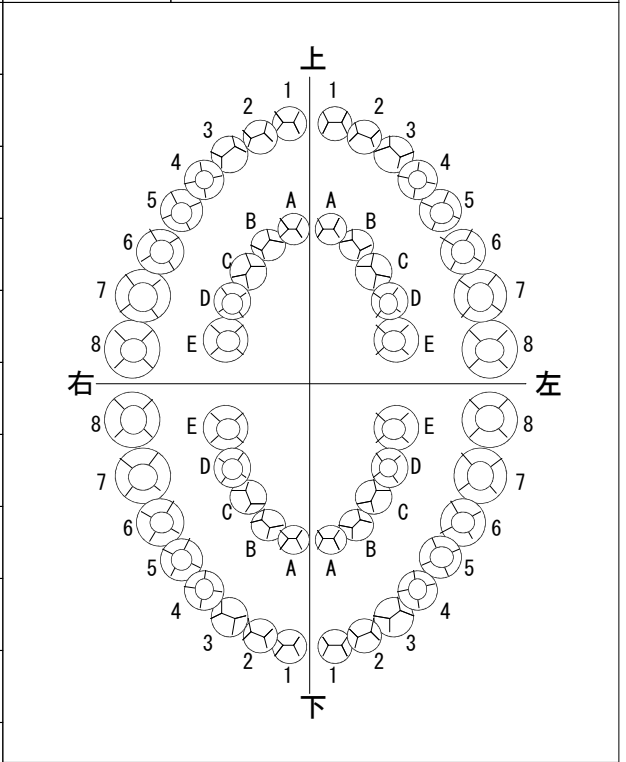
カルテNo.	19	(000019)
--------	----	------------

公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							

受 診 者	氏 名 スイドウ コウジ 水藤 浩二			
	生年月日 平成 20 年 5 月 5 日			性別 男
	住 所 〒 818-0025 福岡県筑紫野市筑紫5-15 電 話 092-199-9999			
	職 業		被保険者 との続柄	家族
	第2公費			

保 険 者 番 号		0	1	4	0	5	5	4	5
被 保 険 者	記号・番号	5654654・54							
	有効期限	令和 2 年 12 月 31 日							
被保険者氏名		水藤 秀里							
資 格 取 得		平成 19 年 5 月 5 日							
船 事 務 所 所 有 者	所 在 地	電 話							
	名 称								
保 険 者	所 在 地	電 話							
	名 称								

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
E	C3潰P u l	外	R.1 10/10		
6 6	C2	外	R.1 10/10		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至	日 間	自 至 日 間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額				
R. 1 10/10		初診	251					
	<table><tr><td></td><td>6</td></tr><tr><td>6 E</td><td></td></tr></table>		6	6 E		《単純撮影》う蝕病巣が歯髄に波及している状況の確認。	－	
	6							
6 E								
		右下Eはう蝕病巣が歯髄に波及。左上 6 はカリエスやや深い	－					
		が露髄は認められず。右下 6 う蝕が歯髄に及んでいないこ	－					
		とを確認。	－					
		X-Ray (D)	48x2					
	<table><tr><td>E</td><td>C3潰P u l</td></tr></table>	E	C3潰P u l	除去 CR充除去	20			
E	C3潰P u l							
		浸麻 0A+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1. 0mL 1mL×1管(使用量0. 8ml)	－					
		生切 (FC + ST)	270					
	<table><tr><td>6</td><td>C2</td></tr></table>	6	C2	浸麻 0A+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1. 0mL 1mL×1管(使用量0. 7ml)	－			
6	C2							
		充形	126					
		EE・EB	－					
		充填 1 (単純)	104					
		下顎右側 6 光CR充(単純) (0)	11					
		研磨	－					
		合計：[一部負担金：¥2, 630] [薬剤：¥0]	878	¥2,630				
R. 1 10/17		再診	51					
	<table><tr><td>E</td><td>C3潰P u l</td></tr></table>	E	C3潰P u l	KP(複雑)	86			
E	C3潰P u l							
		EE・EB	－					
		充填 1 (複雑)	156					
		下顎右側 E 光CR充(複雑) (0D)	29					
		研磨	－					
		合計：[一部負担金：¥970] [薬剤：¥0]	322	¥970				
R. 1 10/24		再診	51					
	<table><tr><td>6</td><td>C2</td></tr></table>	6	C2	浸麻 0A+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1. 0mL 1mL×1管(使用量0. 8ml)	－			
6	C2							
		修形	120					
		連imp 寒天+アルジネート	64					
		BT (中心咬合位、バイトワックス)	18					
		合計：[一部負担金：¥760] [薬剤：¥0]	253	¥760				
R. 1 10/31		再診	51					

カルテ番号: 19 (000019) 水藤 浩二

[illegible]

歯科診療録

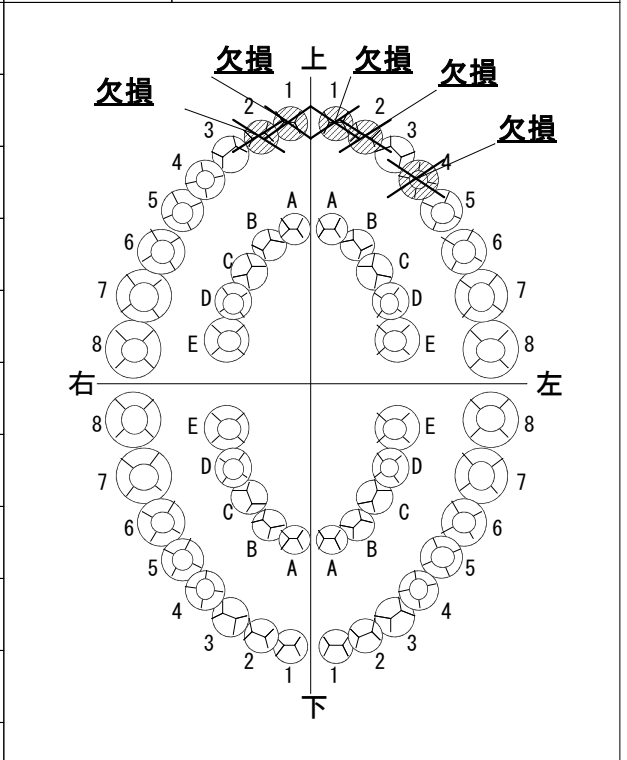
カルテNo.	20	(000020)
--------	----	------------

公費負担者番号						
公費負担医療の受給者番号						

受診者	氏名 ヨドガワ タイゾウ 淀川 泰造			
	生年月日 昭和 12 年 5 月 6 日		性別 男	
	住所 〒 819-1156 福岡県糸島市瀬戸4567 電話 092-200-2222			
	職業		被保険者との続柄	本人
	第2公費			

被保険者番号		3	9	4	0	4	4	5	6
被保険者 手帳	記号・番号	・55555553							
	有効期限	令和 2 年 3 月 31 日							
被保険者氏名		淀川 泰造							
資格取得		平成 21 年 4 月 1 日							
船務所所有者	所在地	電話							
	名称								
保険者	所在地	電話							
	名称								

部 位	傷 病 名	職 務	開 始	終 了	転 帰
4 3 3	C2	外	R.1 10/1		
5 6	FMCフテキ, C3処 置歯	外	R.1 10/1		
④③21 12③4⑤⑥	MT	外	R.1 10/1		



〔主訴〕 その他摘要

傷 病 名	労 働 不 能 に 関 す る 意 見		入 院 期 間
	意見書に記入した労働不能期間	意 見 書 交 付	
	自 至	日間	自 至 日間
業務災害又は、通勤災害の疑いがある場合は、その旨			
備 考			

月日	部 位	療 法 処 置	点数	負担金 徴収額
R. 1 10/1		初診	251	
	3 3 C2	浸麻 0A+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量1.0ml)	-	
		生PZ(レジン前装金属冠)前歯	796x2	
		ブリッジ支台歯形成加算 (レジン前装金属冠(前歯))	20x2	
	4 C2	浸麻 0A+オ-ラ注歯科用カートリッジ 1.0mL 1mL×1管(使用量0.7ml)	-	
		生PZ(FMC)	306	
		ブリッジ支台歯形成加算 (FMC)	20	
	5 6 FMCフテキ, C3処置歯	除去 FMC除去 ※ 説明 この病名はC 分類にあります。	36x2	
		失PZ(FMC)	166x2	
		ブリッジ支台歯形成加算 (FMC)	20x2	
	④③21 12③4⑤⑥ MT	平行測定	-	
		補診	90	
		連imp(Br) (寒天+アルジネート)	334	
		BT (中心咬合位、バイトワックス)	150	
		リイナー	300	
		仮着用セメント	4x5	
		合計 : [一部負担金 : ¥3,550] [薬剤 : ¥0]	3547	¥3,550
R. 1 10/8		再診	51	
	④③21 12③4⑤⑥ MT	仮着	80	
		仮着用セメント	4x5	
		合計 : [一部負担金 : ¥150] [薬剤 : ¥0]	151	¥150
R. 1 10/15		再診	51	
	④③21 12③4⑤⑥ MT	Br装着料(6歯以上)	300	
		FMC set(12%Pd)(小臼歯)	876x2	
		FMC set(12%Pd)(大臼歯)	1044	
		レジン前装金属冠 set(12%Pd)	1700x2	
		レジン前装金属ポ-ンティック(12%Pd)	1588x4	
		鑄造ポ-ンティック(小)12%Pd	945	
		接着性レジンセメント(標準型)	17x5	
		《接着材料 I 》ジーシーフジルーティング EX	-	

カルテ番号: 20 (000020) 淀川 泰造

[illegible]