

チューリッヒ保険会社 御中

氏 名	☐ 男 ☐ 女		生年月日	年 月 日()歳	
住 所				職 業	
受傷日時	年 月 日		午前 午後	時	分頃
受傷状況					
傷病名 診断名					
初診日	年 月 日		治癒・症状固定日	年 月 日	
入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで ()日間 うち外泊()日				
通院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 実通院日数()日				
受傷前	① 今回の受傷前から喪失していた、または歯冠部体積の3/4以上が欠損状態にあった歯(C4を含みます) ※○で囲んでください。				
	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		
受傷後 ※補綴前	② 今回の受傷により喪失した、または歯冠部体積の3/4以上が欠損した歯 ※○で囲んでください。				
	E D C B A		A B C D E		
	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		
	E D C B A		A B C D E		
該当歯 計 歯					
乳歯を欠損し永久歯の萌出が見込めない場合、萌出が見込めない理由					
受傷後 ※補綴後	③ 今回の治療の結果、抜歯または歯冠部体積の3/4以上を切除し、歯科補綴を施した歯 ※○で囲んでください。				
	E D C B A		A B C D E		
	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		
	E D C B A		A B C D E		
該当歯 計 歯					
上記 抜歯・切除の理由					
備 考					

※検査画像資料のご添付をお願いいたします。

上記のとおり診断いたします。

診 断 日 年 月 日 所 在 地 TEL - -

診断書発行日 年 月 日 名 称

診 療 科

医師氏名

1 本診断書の目的

本診断書は、患者様とチューリッヒ保険会社が締結した各種傷害保険における約款上の後遺障害、およびその等級に該当するか否かを判断するために使用します。
外傷による歯の損傷状態をご記入ください。

2 記入上のご注意

1. 各欄においてそれぞれ該当する歯を○で囲み、総数もご記入ください。
なお、該当する歯がない場合、**該当歯 計 0 歯** としてご記入ください。
2. ①欄に該当する歯には、今回の受傷前から抜歯または歯冠部の大部分(「大部分」とは歯冠体積3/4以上に相当する程度をいいます)を欠損し、既に補綴や義歯が装着されていたものも含まれます。
また、未処置のまま放置されていたものも含まれます。
3. 事故前からC4の状態であった歯は歯冠部の大部分を欠損していた歯に該当します。
4. ③欄に該当する歯がある場合、抜歯・切除の理由をご記入ください。
5. 第三大臼歯(8番ー智歯)は後遺障害の対象としておりませんので、ご記入の必要はありません。
6. 乳歯の損傷は原則として後遺障害の対象としておりませんので、ご記入の必要はありません。
ただし、事故により乳歯を欠損し永久歯の萌出が見込めない歯は、②欄に記入し、萌出が見込めない理由をご記入ください。
7. その他、参考意見がございましたら、備考欄にご記入ください。