

そしゃく機能障害者に対する歯科矯正（一年間の処置予定）

氏名	
項目	歯科診療報酬点数表より区分記号および項目（□は✓、文字は○で囲んでください）
<input type="checkbox"/>	A002 再診料 □1 ・ □2
<input type="checkbox"/>	N000 歯科矯正診断料
<input type="checkbox"/>	N001 顎口腔機能診断料
<input type="checkbox"/>	N002 歯科矯正管理料
<input type="checkbox"/>	N003 歯科矯正セファログラム
<input type="checkbox"/>	N004 模型調製 □1 ・ □2
<input type="checkbox"/>	N005 動的処置 □1（イ・ロ）・□2（イ・ロ）
<input type="checkbox"/>	N006 印象採得 □1 ・ □2（イ・ロ・ハ）
<input type="checkbox"/>	N007 咬合採得 □1 ・ □2 ・ □3
<input type="checkbox"/>	N008 装着 □1（イ・ロ）・□2 ・ □3
<input type="checkbox"/>	N008-2 植立
<input type="checkbox"/>	N009 撤去 □1 ・ □2 ・ □3
<input type="checkbox"/>	N010 セパレイティング
<input type="checkbox"/>	N011 結紮
<input type="checkbox"/>	N012 床装置 □1 ・ □2
<input type="checkbox"/>	N012-2 スライディングプレート
<input type="checkbox"/>	N013 リトラクター
<input type="checkbox"/>	N014 プロトラクター
<input type="checkbox"/>	N014-2 牽引装置
<input type="checkbox"/>	N015 拡大装置
<input type="checkbox"/>	N016 アクチバトール
<input type="checkbox"/>	N017 リンガルアーチ □1 ・ □2
<input type="checkbox"/>	N018 マルチブラケット装置 □1（イ・ロ）・□2（イ・ロ） □3（イ・ロ）・□4（イ・ロ）
<input type="checkbox"/>	N019 保定装置 □1 ・ □2 ・ □3 ・ □4 ・ □5 ・ □6 ・ □7
<input type="checkbox"/>	N020 鈎 □1 ・ □2
<input type="checkbox"/>	N021 帯環
<input type="checkbox"/>	N022 ダイレクトボンドブラケット
<input type="checkbox"/>	N023 フック
<input type="checkbox"/>	N024 弾線
<input type="checkbox"/>	N025 トルキングアーチ
<input type="checkbox"/>	N026 附加装置 □1 ・ □2 ・ □3 ・ □4 ・ □5 ・ □6
<input type="checkbox"/>	N027 矯正用ろう着
<input type="checkbox"/>	N028 床装置修理
備考	病院事務担当者： _____ 連絡先電話番号： _____