

福 歯 発 第 2 7 9 号

平成30年8月10日

各 会 員 様

公益社団法人 福島県歯科医師会
会 長 海 野 仁



逃亡者の追跡捜査に関する協力願いについて

平素は、本会警察歯科医部会の運営に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度、東京地方検察庁より別添の通り、逃亡者の追跡捜査に関する協力依頼がございました。

つきましては、ご多忙中とは存じますが、捜査にご協力賜りたくお願い申し上げます。








なお、お心当たりがございましたら、お手数でも下記までご連絡ください。

記

〔 連 絡 先 〕 東京地方検察庁総務部特別執行担当

検察事務官 関 健一郎

電話：03-3592-5611（内線3467）

会 長	副会長	専務理事	常務理事	理 事	局 長	次 長	参 事	主 任	担当
						 			

様式第20号 (刑訴法第507条, 規程第22条)

裁判執行関係事項照会書

東地特執第1892号
平成30年8月2日

公益社団法人福島県歯科医師会 会長 海野 仁 殿

東京地方検察庁

検察官検事 熊 澤 貴 士



裁判執行のため必要があるので、下記事項につき至急回答願いたく、
刑事訴訟法第507条によって照会します。

記

氏 名 : 澁谷雅彦 (しぶやまさひこ)

生年月日 : 昭和33年9月28日

住 所 : 東京都港区赤坂2-15-7-901

電話番号 : 090-9831-8446, 090-3338-4080

上記の者につき、貴歯科医師会会員歯科医院における平成29年9月以降の受診事実の有無を調査(会報誌等での会員歯科医院への周知)の上、該当がある場合は、受診医療機関名等について回答(通報)いただきますよう、御協力のほどよろしくお願いいたします。

参考 上記の者は、刑の執行を受けずに逃亡している元医師であり、平成29年8月28日(月)、港区六本木所在の歯科医院を受診したのを最後に所在不明の者である。有効な保険証を所持していないため、長年自費診療を続けている。前記歯科医院に定期的に通院していたことを踏まえると、今後もしずれかの歯科医院に通院する可能性が大である。偽名を名乗る可能性があるとの、顔写真と前記歯科医院における診療録を添付した。

(照会庁取扱者) 〒100-8903 東京都千代田区霞が関1-1-1

東京地方検察庁総務部特別執行担当

検察事務官 関 健 一 郎

電話03-3592-5611 (内線3467)



有効期限 平成39年8月28日

手配中

写真の者は、刑の執行を受けずに、逃亡している者です。
見かけた際には、直ちに下記連絡先に**通報**願います。



氏名	澁谷 雅彦 (しぶや まさひこ)
生年月日	昭和33年9月28日 (59歳)
体格等	身長 171cm , 体重 66kg
その他	眼鏡使用, 香水多量に付ける癖あり
連絡先	東京地方検察庁 特別執行担当 関

連絡先 03-3580-1278(24時間対応)
090-1051-3397

デンタルチャート(生前記録)

ファイル番号		患者氏名	渋谷 雅彦	
資料提供		生年月日	昭和 9 月 28 日	59 歳 (男) 女
医療機関名		住所	東京都港区	
歯科医師名		参考資料	歯科診療録 ✓	デンタル写真 (枚)
住所			口腔写真 (枚)	パノラマ写真 (枚)
最終受診日	平成 29 年 8 月 28 日		その他	

右上

MB (A) 1

MB (B) 2

Br } MB Pen (C) 3

MB (D) 4

前装水 (E) 5

Tek (Zs/N-Cor) 6

欠損 7

AF 8

左上

1 (IA) CRF (BD)

2 (IB) CRF (MB)

3 (IC) CRF

4 (ID) Tek

5 (IE) MB

6 MB Pen } Br

7 MB

8 欠損

右下

AF 8

MB 7

欠損 6

MB (E) 5

(OD) 硬質レジン In (D) 4

N (C) 3

N (B) 2

N (A) 1

左下

8 欠損

7 欠損

6 Tek (RCT)

5 (E) Tek

4 (D) MB

3 (C) N

2 (B) N

1 (A) N

位置、歯数異常(部位)	形態異常(部位)	咬合関係	X線写真
<input type="checkbox"/> 埋伏歯 ()	<input type="checkbox"/> 彎曲歯 ()	<input type="checkbox"/> 正常咬合	パノラマ写真 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未 整理番号 ()
<input type="checkbox"/> 転位歯 ()	<input type="checkbox"/> 癒合歯 ()	<input type="checkbox"/> 上顎前突	
<input type="checkbox"/> 傾斜歯 ()	<input type="checkbox"/> 矮小歯 ()	<input type="checkbox"/> 過蓋咬合	デンタル写真 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未
<input type="checkbox"/> 過剰歯 ()	<input type="checkbox"/> 円錐歯 ()	<input type="checkbox"/> 切端咬合	整理番号 ()
<input type="checkbox"/> 捻転歯 ()	<input type="checkbox"/> 発育不全 ()	<input type="checkbox"/> 反対咬合	撮影部位 計 枚
<input type="checkbox"/> 歯間離開 ()	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 交叉咬合	87654321 12345678
<input type="checkbox"/> その他		(左右)	87654321 12345678
		<input type="checkbox"/> その他・不明	歯列模型 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 整理番号 ()

特記事項

平成20年10月27日から平成29年8月28日まで 歯科診療録以外の口腔内記録	住所 TEL () 歯科医師名
--	------------------------

※デンタルチャートおよび照合結果報告書は日歯ホームページよりダウンロードできます