

This form is used for claiming the health insurance benefit
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT

歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 _____

Date of Birth 生年月日 _____

Sex 性別 M 男 F 女

Date of Services 受診日 From _____ to _____

Total 合計 _____ Visits 回

Tooth Number 歯式																									
Permanent Tooth 永久歯								Milky Tooth 乳歯																	
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
R								L								R				L					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
#32#31#30#29#28#27#26#25								#24#23#22#21#20#19#18#17								#T #S #R #Q #P				#O #N #M #L #K					

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1 Examination 診察		_____	8 Filling Amal. 1 surf. 充填 アマルガム	_____	_____
2 X-ray Bite-wings 咬翼型 × レントゲン		_____	2 surf. _____		
Periapical 標準型 ×		_____	3 surf. _____		
Panoramic パノラマ歯槽撮影		_____	Comp. 1 surf. _____ 複合レジン		
3 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		_____	2 surf. _____		
4 Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去		_____	3 surf. _____ 面		
Fluoride フッ化物塗布		_____	9 Inlay / Onlay イレー・アラー		
5 Root Planing スケーリング・ルートプレーニング		_____	10 Amal./ Comp. Build-up 充填物による支台築造		
Gingival Curettage 歯周ポケット掻爬		_____	Post & Core メタルコア		
Perio-operation 歯周外科手術		_____	11 Crown 冠		
6 Extraction 抜歯		_____	Porcelain/Gold マゼリン・金		
Other Operation その他の手術		_____	Silver Alloy 銀合金		
7 Pulp Cap 歯髄覆罩		_____	Other その他		
Pulpotomy 歯髄切断		_____	12 Bridge Work ブリッジ		
Root Canal Therapy 根管治療		_____	Abutment 支台歯		
1 canal _____		_____	Pontic ポンティック		
2 canal _____		_____	13 Denture 有床義歯		
3 canal _____		_____	Repair 義歯修理		
根管			14 Other (specify) その他 _____		
			Medical Certificate 診断書		

Name and Address of Dentist / Office
歯科医師の氏名及び住所 又は 医院の名称及び所在地

Total Fee 合計

Date 日付 _____

Dentist's Signature 医師の署名 _____