

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
Service Date 受診日 _____ Total 合計 _____ Visits 回数 _____

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
R. 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
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	Service 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 × レントゲン 咬翼型	×	_____	2 surf. _____	_____	_____
Periapical × 標準	×	_____	3 surf. _____	_____	_____
Panoramic × パノラマ	×	_____	Comp 1 surf. 複合	_____	_____
Models スタディモデル		_____	2 surf. _____	_____	_____
3.Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬		_____	レジン 3 surf. _____	_____	_____
4.Prophylaxies 歯垢		_____	面 _____	_____	_____
Fluoride フッ化物塗布		_____	9.Inlay / Onlay インレー・アンレー	_____	_____
5.Extraction 抜歯	_____	_____	10.Amal / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造	_____	_____
6.Periodontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化	_____	_____	Post c Core メタルコア	_____	_____
Gingival Curettage 盲嚢搔爬	_____	_____	11.Crown Porcelain / Gold 冠 <input type="checkbox"/> ポーセレン <input type="checkbox"/> 金	_____	_____
7.Pulp Cap 歯髄覆罩	_____	_____	Silver Alloy 銀合金	_____	_____
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄	_____	_____	Other その他 _____	_____	_____
Root Canal Therapy 根管治療	_____	_____	12.Bridge Work Abut ブリッジ 支台歯	_____	_____
1canal _____	_____	_____	Pontic ダミー	_____	_____
2canal _____	_____	_____	13.Plate Denture 有床義歯	_____	_____
3canal _____	_____	_____	14.Other _____	_____	_____
根管 _____	_____	_____			

Total Fee 合計 _____

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

Date 日付 _____ Signature 署名 _____