

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 \_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_