

This form is used for claiming the health insurance benefit

この様式は健康保険の給付に使用されます。

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 M F 性別 男 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																			
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	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L	R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L

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	_____	_____
2, X-ray Bite-wings 嚙翼型 ×	_____	_____	充填アマルガム 2.surf	_____	_____
レントゲン Periapical 標準型 ×	_____	_____	3.surf	_____	_____
Panoramic パノラマ断層撮影	_____	_____	Comp- 1.surf	_____	_____
3, Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	_____	_____	複合 2.surf	_____	_____
4, Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去	_____	_____	レジン 3.surf	_____	_____
Fluoride フッ化物塗布	_____	_____	面	_____	_____
5, Root planning	_____	_____	9, Inlay / Onlay	_____	_____
スクーリング・ルートプレーニング	_____	_____	インレー・アンレー (材質名 _____)	_____	_____
Gingival Curettage	_____	_____	10, Amal / Comp. Build-up	_____	_____
歯周ポケット搔爬	_____	_____	充填物による支台構築	_____	_____
Perio-operation	_____	_____	Post&Core メタルコア	_____	_____
歯周外科手術	_____	_____	11, Crown 冠	_____	_____
6, Extraction 抜歯	_____	_____	Porcelain / Gold	_____	_____
Other Operation	_____	_____	ポーセリン・金	_____	_____
その他の手術	_____	_____	Silver Alloy	_____	_____
7, Pulp Cap 歯髄覆置	_____	_____	銀合金	_____	_____
Pulpotomy 歯髄切断	_____	_____	Other	_____	_____
Root Canal Therapy 根管治療	_____	_____	その他 (材質名 _____)	_____	_____
1. canal	_____	_____	12, Bridge Work ブリッジ	_____	_____
2. canal	_____	_____	Abutment	_____	_____
3. canal	_____	_____	支台歯	_____	_____
根管	_____	_____	Pontic	_____	_____
			ボンティック (材質名 _____)	_____	_____
			13, Denture 有床義歯	_____	_____
			Repair 義歯修理	_____	_____
			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 \_\_\_\_\_