

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 M F
性別 男 女

Initial Office Visit 初診日 _____ Days of Services 診療日数 _____ days

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

Total Fee 合計 _____

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

Date 日付 _____ Signature 署名 _____