

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 days
診療日数

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