

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

Initial Office Visit 初診日 _____, 20____ 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	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 アマルガム		
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. 面		
	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 スタデイモデル			Post Core メタルコア		
3. Medication 投薬	yes no		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 フリッジ 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・抜随					
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 _____