

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

Total Fee
合計

Name and Address of Dentist / Office
歯科医師の名前及び住所 又は 歯科医院の名称及び所在地

Date 日付 _____ Signature 署名 _____