

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

歯 科

Name of Patient 患者名 _____ Date of Birth 生年月日 _____ Sex 性別 M F
 男 女

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

Tooth Number 歯式	
Permanent Teeth 永久歯	Deciduous Teeth 乳歯
R- 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 -L 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 e d c b a a b c d e -L

Services 診療内容	Teeth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Teeth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診察		_____	8. Filling 充填	Amal 1serf アマル 2serf ガム 3serf	_____ _____ _____
2. Xray レントゲン	Bite-wings 咬翼型 × Periapical 標準型 × Panoramic パノラマ ×	_____ _____ _____	Comp 複合レジン	1serf 2serf 3serf 面	_____ _____ _____
Models スタディモデル			9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		_____
3. Medication 投薬	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	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 冠	Porcelain / Gold ポーセレン・金	_____ _____
5. Extraction 拔牙		_____	Silver Alloy 銀合金		_____
6. Periodontal Scaling / Root Planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化		_____	Others その他		_____
Gingival Curettage 盲嚢搔爬		_____	12. Bridge Work ブリッジ	Abut 支台歯	_____ _____
7. Pulp Cap 歯髄覆罩		_____	Pontic ダミー		_____
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄		_____	13. Plate Denture 有床義歯		_____
Root Canal Therapy 根管治療	1 Canal _____ 2 Canal _____ 3 Canal _____ 根管	_____ _____ _____	14. Other その他		_____

Total Fee _____

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

Date 日付 _____ Signature 署名 _____