

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 F
男 女
Date of Services 受診日 From _____ to _____ Total 合計 _____ Visits 回

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
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
R								L	R								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 Surf. _____	_____
2 X-ray Bite-wings 咬翼型 ×		_____	充填 アマルガム	2 Surf. _____	_____
レントゲン		_____		3 Surf. _____	_____
Periapical 標準型 ×		_____	Comp.	1 Surf. _____	_____
Panoramic パノラマ断層撮影		_____	複合	2 Surf. _____	_____
3 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		_____	レジン	3 Surf. _____	_____
4 Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去		_____	面		
Fluoride フッ化物塗布		_____	9 Inlay / Onlay		
5 Root Planing		_____	インレー・アンレー	_____	_____
スクレーリング・ルートプレーニング		_____	10 Amal./ Corp. Build-up		
Gingival Curettage		_____	充填物による支台築造 _____		_____
歯周ポケット搔爬		_____	Post & Core メタルコア _____		_____
Perio-operation		_____	11 Crown 冠		
歯周外科手術		_____	Porcelain/Gold _____		_____
6 Extraction		_____	ポーセレン・金		
抜歯		_____	Silver Alloy 銀合金 _____		_____
Other Operation		_____	Other その他 _____		_____
その他の手術		_____	12 Bridge Work ブリッジ		
7 Pulp Cap		_____	Abutment 支台歯 _____		_____
歯髄覆罩		_____	Pontic ポンティック _____		_____
Pulpotomy		_____	13 Denture 有床義歯 _____		_____
歯髄切断		_____	Repair 義歯修理 _____		_____
Root Canal Therapy		_____	14 Other (specify) その他 _____		_____
根管治療	1 canal _____	_____	Medical Certificate _____		_____
	2 canal _____	_____	診断書 _____		_____
	3 canal _____	_____			
	根管 _____	_____			

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

Total Fee
合計

Date 日付 _____

Dentist's Signature 医師の署名 _____