

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
歯科診察内容明細書

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 _____ Day of Services 診察日数 _____ 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				
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	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
	#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 診察内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診察内容	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 レントゲン 診断	Bite-Wings 咬翼型 <input checked="" type="checkbox"/>	_____	Comp. 複合レジン	1 serf. _____ 2 serf. _____ 3 serf. _____	_____
	Periapical 標準型 <input checked="" type="checkbox"/>	_____	9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		_____
	Panoramic パノラマ <input checked="" type="checkbox"/>	_____	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 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> 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		_____
Florid 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 _____ Pontic ダミー _____	_____
6. Periodontal Scaling / Root planning 歯肉下歯石除去・根面平滑化		_____	13. Plate Denture 有床義歯		_____
Gingival Curettage 盲嚢搔爬		_____	14. Other その他 _____		_____
7. Pull Cap 歯髄覆罩		_____			
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 _____