

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(翻訳文)

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 性別 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				
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	R	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 surf. 充填 アマルガム	_____	_____
2 X-ray Bite-wings 咬翼型 ×		_____	2 surf.	_____	_____
Periapical 標準型 ×		_____	3 surf.	_____	_____
Panoramic ハノラマ断層撮影		_____	Comp. 1 surf. 複合	_____	_____
3 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		_____	レジン 2 surf.	_____	_____
4 Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去		_____	3 surf. 面	_____	_____
Fluoride フッ化物塗布		_____	9 Inlay / Onlay インレー・アンレー	_____	_____
5 Root Planing スケーリング・ルートプレーニング	_____	_____	10 Amal./ Comp. Build-up 充填物による支台築造	_____	_____
Ginbival Curettage 歯周ポケット搔爬	_____	_____	Post & Core メタルコア	_____	_____
Perio-operation 歯周外科手術	_____	_____	11 Crown 冠	_____	_____
6 Extraction 抜歯	_____	_____	Porcelain/Gold ポーセレン・金	_____	_____
Other Operation その他の手術	_____	_____	Silver Alloy 銀合金	_____	_____
7 Pulp Cap 歯髄覆罩	_____	_____	Other その他	_____	_____
Pulpotomy 歯髄切断	_____	_____	12 Bridge Work ブリッジ	_____	_____
Root Canal Therapy 根管治療	_____	_____	Abutment 支台歯	_____	_____
1 canal	_____	_____	Pontic ポンティック	_____	_____
2 canal	_____	_____	13 Denture 有床義歯	_____	_____
3 canal 根管	_____	_____	Repair 義歯修理	_____	_____
			14 Others (specify) その他	_____	_____
			Medical Certificate 診断書	_____	_____

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
------------	------------------------------