

この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。
 If not in dollars, please specify the unit used.
 ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Attending Dentist 't Statement
歯科診療内容明細書

Name of Patient _____ Date of Birth _____ Sex M F
 患者名 生年月日 性別 男 女
Initial Office Visit _____ Days of services _____ days _____
 初診日 診療日数 日間

Tooth Number 歯式																									
R Permanent Tooth 永久歯										L															
R					L					R					L										
#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
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

Service (診療内容)	Tooth No (歯式)	Fee (料金)	Service (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 レントゲン 診察	Bite-wings × 咬翼型 Periapical × 標準型 Panoramic × パノラマ	_____	Comp. 複合 レジン	1 serf _____ 2 serf _____ 3 serf _____ 面	_____
Models スタディモデル		_____	9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		_____
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬		_____	10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造 Post c Core メタルコア		_____
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯石除去 Fluoride フッ素物塗布		_____	11. Crown 冠	Porcelain / Gold ポーセレン・金 Silver Alloy 銀合金 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 Planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化 Gingival Curettage 盲嚢搔爬		_____	13. Plate Denture 有床義歯		_____
7. Pulp Cap 歯髄覆罩 Pulpotomy 歯髄切断・抜髄 Root Canal Therapy 歯管治療	1 canal _____ 2 canal _____ 3 canal _____ 根管	_____	14. Other その他		_____

Name and Address of Dentist / Office (歯科医の氏名及び住所又は歯科医院の名称及び所在地) _____ Total Fee (合計) _____

Date (日付) _____ Signature (署名) _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic
担当医又は病院事務長へのお願い

- 1 . Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- 2 . This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of hospital/clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が記入し、かつ署名してください。
- 3 . One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。
- 4 . If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Form B
様式 B

Itemized Receipt
領収明細書

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	\$ _____
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再診料	\$ _____
(3) Fee for Home Visit	往診料	\$ _____
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理料	\$ _____
(5) Hospitalization	入院費	\$ _____
(6) Consultation	診察費	\$ _____
(7) Operation	手術費	\$ _____
(8) Professional Nursing	職業看護師費	\$ _____
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$ _____
(10) Laboratory Tests*	諸検査費	\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
(11) Medicines**	医薬費	\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$ _____
(13) Anesthetics	麻酔費	\$ _____
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____
(15) The Others(Specify)	その他(項目明記)	\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
(16) Total	合計	\$ _____

* Please fill in the content of the Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してください。

** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.
**処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

Unit is _____
通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e., payment for a luxurious room charge.
注 意 : 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____