

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 № (歯式)	Fee (料金)	Service (診療内容)	Tooth № (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 根管治療	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) _____

