

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。

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

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

Total Fee  
合計

Date 日付 \_\_\_\_\_ Dentists's Signature 歯科医師の署名 \_\_\_\_\_