

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 PHYSICIAN'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

Initial Office Visit 初診日 _____, 20____ Day of Services 診療日数 _____ 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				
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
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8													
	#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. 1serf. 充填 アマルガム	_____	_____
2. X-ray レントゲン診断	Bite-wings × 咬翼型	_____	2serf. _____		
	Periapical × 標準型	_____	3serf. _____		
	Panoramic × パノラマ	_____	Comp. 1serf. 複合レジン	_____	_____
Models ステイモデル		_____	2serf. _____		
3. Medication 投薬	yes no	_____	3serf. 面	_____	_____
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 歯石除去		_____	9. Inlay / Onlay インレー・アンレー	_____	_____
Fluoride フッ化物塗布		_____	10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造	_____	_____
5. Extraction 抜歯		_____	Post c Core メタルコア	_____	_____
6. Periodontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化		_____	11. Crown Porcelain / Gold 冠 ポーセレン・金	_____	_____
Gingival Curettage 盲嚢搔爬	_____	_____	Silver Alloy 銀合金	_____	_____
7. Pulp Cap 歯髄歯冠	_____	_____	Other その他	_____	_____
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄	_____	_____	12. Bridge Work Abut ブリッジ 支台歯	_____	_____
Root Canal Therapy 根管治療		_____	Pontic ダミー	_____	_____
	1 Canal	_____	13. Plate Denture 有床義歯	_____	_____
	2 Canal	_____	14. Other その他	_____	_____
	3 Canal	_____		_____	_____

Total Fee 合計 _____

Name and Address of Dentist / Office 歯科医師の氏名、住所又は歯科医院の名称、所在地 _____

Date 日付 _____

Signature 署名 _____