

- ①This 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
- ②This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
- ③Please fill in the description of service other than listed items.  
※12その他 の項目には1~11に該当しない診療内容を記入して下さい。
- ④One form for each month and one form for hospitalization/outpatient.  
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

ATTENDING 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  F  
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	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													

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 咬翼型レントゲン	×		2 surf.		
Periapical 標準型	×		3 surf.		
Panoramic パノラマ断層撮影			Comp. 1 surf. 複合レジン		
Models ステイ・モデル			2 surf.		
3 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no			3 surf. 面		
4 Prophylaxies, Cleaning 歯垢除去			9※Inlay / Onlay イルー・アルー		
Fluoride フッ化物塗布			10 Amal. / Comp. Build-up 充填物による支台築造		
5 Root Planing スケーリング・ルートプレーニング			Post & Core コア		
Gingival Curettage 歯周ポケット掻爬			※Other(Material) その他		
Perio-operation 歯周外科手術			11 Crown 冠		
6 Extraction 抜歯			Porcelain / Gold ポーセリン・金		
Other Operation その他手術			Silver Alloy 銀合金		
7 Pulp Cap 歯髄被覆			※Other(Material) その他		
Pulpotomy 歯髄切断			12 Bridge Work ブリッジ		
Root Canal Therapy 根管治療			※Abutment(Material) 支台歯		
1 canal			※Pontic(Material) ボンティック		
2 canal			13※Denture(Material) 有床義歯		
3 canal			Repair 義歯修理		
根管			14※Other (specify) その他		
			Mical Certificate 診断書		

※がついている項目に医師の記入がある場合は必ず別紙に和訳をつけて下さい。  
材質の場合は具体的にどのようなものか訳して下さい。

Total Fee 合計

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

Date 日付 \_\_\_\_\_ Dentist's Signature 医師の署名 \_\_\_\_\_