

記載方法について
(Instructions)

- This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
- This form should be completed and signed by attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名して下さい。
- One form for each month, one form for hospitalization outpatient and home visit.
各月毎、入院、入院外毎につき、この様式が一枚必要です。

翻訳者	氏名	住所	TEL ()
-----	----	----	---------

※ 翻訳した者の住所・氏名が無記入の場合および翻訳されていない場合は支給できません。

歯科診療内容明細書
(Attending Dentist's Statement)

Name of patient (Last, First) 患者名	Age (Date of Birth) 年齢 (生年月日)	Sex (Male・Female) 性別 (男・女)
--------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

Name of Illness 傷病名

Date of First Diagnosis (初診日)	Days of Services (診療実日数)
----------------------------------	-----------------------------

Was the treatment required as a result of an accidental injury?
(治療は事故の傷害によるものですか。) Yes No

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	R. 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. 充填 アマル	1 serf. 2 serf.	
2. X-ray レントゲン	Bite-Wings 咬翼型	×	ガム	3 serf.	
	Periapical 標準型	×	Comp. 複合	1 serf. 2 serf.	
	Panoramic パノラマ	×	レジン 面	3 serf.	
Models スタディモデル			9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		
3. Medication 投薬	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯石除去			Post. c Core メタルコア		
Fluoride フッ化物塗布			11. Crown Porcelain / Gold 冠 ポーセリン・金		
5. Extraction 抜歯			Sliver Alloy 銀合金		
6. Periodontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			Other その他		
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			12. Bridge Work ブリッジ	Abut 支台歯	
7. Pulp Cap 歯髄覆罩				Pontic ダミー	
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			13. Plate Denture 有床義歯		
Root Canal Therapy 根管治療	1 Canal 2 Canal 3 Canal 根管		14. Other その他		
			Total Fee 合計		

Name and Address of Attending Physician (担当医師の氏名および住所)

Name : Last _____ First _____
 Address : Home : _____ Phone : _____
 Office : _____ Phone : _____
 Date : _____ Signature : _____