

◆各月ごとに、受診者別、病院別に分けてご記入ください。

この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。
 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 性別 男 女
Initial Office Visit 初診日	Days of services 診療日数	days

Tooth Number 歯式																									
R Permanent Tooth 永久歯												L 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
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 No. (歯式)	Fee (料金)	Service (診療内容)	Tooth No. (歯式)	Fee (料金)
1.Examination 診察			8.Filling Amal. 充填 アマルガム	1 serf	
2.X-Ray レントゲン	Bite-wings × 咬翼型			2 serf	
診察	Periapical × 標準型		Comp. 複合	1 serf	
Models スタディモデル	Panoramic × パノラマ		レジン	2 serf	
3.Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			面	3 serf	
4.Prophylaxies / Scaling 歯垢 ←歯石除去			9.Inlay / Onlay インレー・アンレー		
Fluoride フッ素物塗布			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 冠	Porcelain / Gold ポーセレン・金	
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			Silver Alloy 銀合金		
7.Pulp Cap 歯髄覆罩			Other その他		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			12.Bridge Work ブリッジ	Abut 支台歯	
Root Canal Therapy 根管治療	1 canal			Pontic ダミー	
	2 canal				
	3 canal		13.Plate Denture 有床義歯		
	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)
-----------	----------------