

※ This form is used for claiming the National Health Insurance benefit. この様式は国民健康保険の給付の申請に使用されます。  
 ※ This form should be completed and signed by either the attending dentist. この様式は担当歯科医が記入し署名して下さい。

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

<b>Name of Patient</b> 患者名	<b>Date of Birth</b> 生年月日	<b>Sex</b> 性別	<b>M</b> 男	<b>F</b> 女
<b>Initial Office Visit</b> 初診日	<b>Days of services</b> 診療日数	<b>days</b> 日		

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	
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 Bite-wings レントゲン診察 咬翼型	×		2 serf		
Periapical 標準型	×		3 serf		
Panoramic パノラマ	×		Comp. 複合レジン	1 serf	
Models スタデイモデル			2 serf		
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			3 serf		
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯石除去			面		
Fluoride フッ素物塗布			9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		
5. Extraction 抜歯			10. Amal. / Com/ Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		
6. Periodontal Scaling / Root Planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			Post c Core メタルコア		
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			11. Crown 冠	Porcelain / Gold ポーセレン・金	
7. Puip Cap 歯髄覆罩			Silver Alloy 銀合金		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			Other その他		
Root Canal Therapy 1 canal 歯管治療 1 根管			12. Bridge Work ブリッジ	Abut 支台歯	
2 canal					
3 canal					
根管					
				Pontic ダミー	
			13. Plate Denture 有床義歯		
			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)	Monetary Unit 通貨単位
Signature (署名)	