

## 医師(療養担当者)記入用

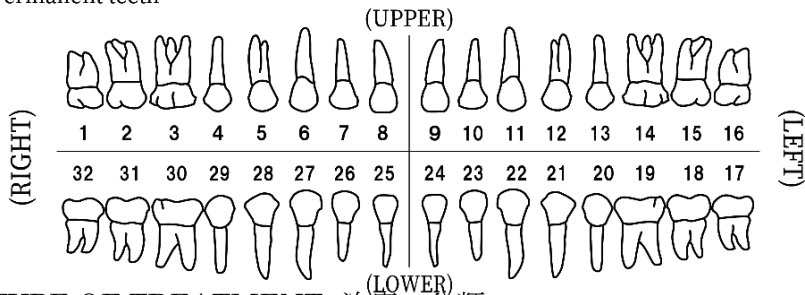
1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.  
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.  
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。

## Attending Dentist's Statement

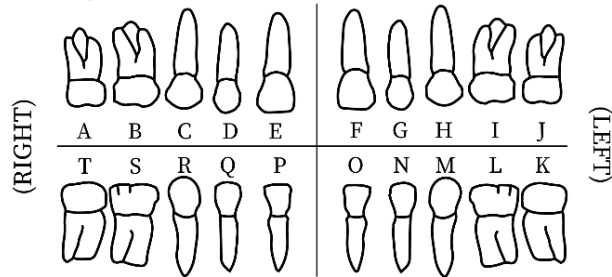
### 齒科診療內容明細書

|                                                  |                                                          |                                         |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Name of Patient (Last, First)<br>患者名 _____       | Date of Birth ( D / M / Y )<br>生年月日 _____                | Sex      Male      •      Female<br>性別  |
| Date of Initial Visit ( D / M / Y )<br>初診日 _____ | No. Days of Visit/Treatment<br>診療日数      _____      days | Medical Record Number    診療録番号<br>_____ |

### Permanent teeth



### Primary teeth



## TYPE OF TREATMENT 治療の分類

| Dental Treatment<br>歯科治療                                     | Tooth No. and Surface<br>患歯部位 | Date |   |   | Fee<br>治療費 |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|---|---|------------|
|                                                              |                               | D    | M | Y |            |
| Initial Office Visit 初診料                                     |                               |      |   |   |            |
| X-Ray Examination レントゲン検査                                    |                               |      |   |   |            |
| Dental Pulp Extirpation 抜髄                                   |                               |      |   |   |            |
| Operation 手術                                                 |                               |      |   |   |            |
| Extraction 抜歯                                                |                               |      |   |   |            |
| Filling 充填                                                   |                               |      |   |   |            |
| Inlay インレー *Material 素材( )                                   |                               |      |   |   |            |
| Metal Crown 金属冠*Material 素材( )                               |                               |      |   |   |            |
| Post Crown 継続歯*Material 素材( )                                |                               |      |   |   |            |
| Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材( )                          |                               |      |   |   |            |
| Bridgework ブリッジ *Material 素材( )                              |                               |      |   |   |            |
| Denture 有床義歯<br>Partial Denture 局部義歯<br>Complete Denture 総義歯 |                               |      |   |   |            |
| Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置                      |                               |      |   |   |            |
| Medication 投薬                                                |                               |      |   |   |            |
| Other その他                                                    |                               |      |   |   |            |
| Total 合計                                                     |                               |      |   |   |            |

## Medical Institution Name: (医療機関名)

Address:(住所)

Name of Dentist: (担当歯科医)

Title:(称号)

Signature:(署名)

Phone:(電話)

Date Completed: (作成年月日) . .

永久歯

(上顎)

12345678

910111213141516

(右)

(左)

(下顎)

3231302928272625

2423222120191817

乳歯

A B C D E

F G H I J

(右)

(左)

T S R Q P

O N M L K

治療の分類

| 歯科治療                | 患歯部位 | 日付 |   |   | 治療費 |
|---------------------|------|----|---|---|-----|
|                     |      | 日  | 月 | 年 |     |
| 初診料                 |      |    |   |   |     |
| レントゲン検査             |      |    |   |   |     |
| 抜髄                  |      |    |   |   |     |
| 手術                  |      |    |   |   |     |
| 抜歯                  |      |    |   |   |     |
| 充填                  |      |    |   |   |     |
| インレー 素材( )          |      |    |   |   |     |
| 金属冠 素材( )           |      |    |   |   |     |
| 継続歯 素材( )           |      |    |   |   |     |
| ジャケット冠 素材( )        |      |    |   |   |     |
| ブリッジ 素材( )          |      |    |   |   |     |
| 有床義歯<br>局部義歯<br>総義歯 |      |    |   |   |     |
| 歯槽膿漏処置              |      |    |   |   |     |
| 投薬                  |      |    |   |   |     |
| その他                 |      |    |   |   |     |
| 合計                  |      |    |   |   |     |

翻訳者

住所

氏名

電話