

This 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。

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT  
歯科診療内容明細書 《海外》

Name of Patient 患者名 \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日 \_\_\_\_\_ Sex 性別  M  F  
男 女  
Date of Services 受診日 From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ Total 合計 \_\_\_\_\_ Visits 回

| 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 |
| 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      |
| R _____ L                       | R _____ L                       | R _____ L      | R _____ L      |
| 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 |

| Services 診療内容   | Tooth No. 歯式  | Fee 料金 | Services 診療内容                   | Tooth No. 歯式  | Fee 料金 |
|---|---------------|--------|---------------------------------|---------------|--------|
| <b>1 Examination 診察</b>   | _____         | _____  | <b>8 Filling Amal.</b>          | 1 Surf. _____ | _____  |
| <b>2 X-ray</b> Bite-wings 咬翼型 ×<br>レントゲン  | _____         | _____  | 充填 アマルガム                        | 2 Surf. _____ | _____  |
| Periapical 標準型 ×  | _____         | _____  | 3 Surf. _____                   | _____         | _____  |
| Panoramic パノラマ断層撮影  | _____         | _____  | Comp.                           | 1 Surf. _____ | _____  |
| <b>3 Medication 投薬</b> <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | _____         | _____  | 複合                              | 2 Surf. _____ | _____  |
| <b>4 Prophylaxis, Cleaning</b> 歯垢除去   | _____         | _____  | レジン                             | 3 Surf. _____ | _____  |
| Fluoride フッ化物塗布   | _____         | _____  | 面                               | _____         | _____  |
| <b>5 Root Planing</b>   | _____         | _____  | <b>9 Inlay / Onlay</b>          | _____         | _____  |
| スクレーリング・ルートプレーニング   | _____         | _____  | インレー・アンレー                       | _____         | _____  |
| Gingival Curettage  | _____         | _____  | <b>10 Amal./ Corp. Build-up</b> | _____         | _____  |
| 歯周ポケット搔爬  | _____         | _____  | 充填物による支台築造                      | _____         | _____  |
| Perio-operation   | _____         | _____  | Post & Core メタルコア               | _____         | _____  |
| 歯周外科手術  | _____         | _____  | <b>11 Crown 冠</b>               | _____         | _____  |
| <b>6 Extraction</b>   | _____         | _____  | Porcelain/Gold                  | _____         | _____  |
| 抜歯  | _____         | _____  | ポーセレン・金                         | _____         | _____  |
| Other Operation   | _____         | _____  | Silver Alloy 銀合金                | _____         | _____  |
| その他の手術  | _____         | _____  | Other その他                       | _____         | _____  |
| <b>7 Pulp Cap</b>   | _____         | _____  | <b>12 Bridge Work</b> ブリッジ      | _____         | _____  |
| 歯髄覆罩  | _____         | _____  | Abutment 支台歯                    | _____         | _____  |
| Pulpotomy   | _____         | _____  | Pontic ポンティック                   | _____         | _____  |
| 歯髄切断  | _____         | _____  | <b>13 Denture</b> 有床義歯          | _____         | _____  |
| Root Canal Therapy  | _____         | _____  | Repair 義歯修理                     | _____         | _____  |
| 根管治療  | 1 canal _____ | _____  | <b>14 Other (specify)</b> その他   | _____         | _____  |
|   | 2 canal _____ | _____  | Medical Certificate             | _____         | _____  |
|   | 3 canal _____ | _____  | 診断書                             | _____         | _____  |
|   | 根管            | _____  |                                 |               |        |

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

**Total Fee**  
合計

Date 日付 \_\_\_\_\_

Dentist's Signature 医師の署名 \_\_\_\_\_