

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

Name of Patient 患者名 \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日 \_\_\_\_\_ Sex (Male-Female) 性別 (男性・女性)

Initial Office Visit 初診日 \_\_\_\_\_ Days of Services 診療日数 \_\_\_\_\_ days

Permanent Tooth 永久歯								Tooth Number 歯式								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							
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
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	_____	_____
診断	Periapical 標準型 ×	_____	3 serf	_____	_____
	Panoramic パノラマ ×	_____	comp. 複合 レジン 1 serf	_____	_____
Models ステイモデル		_____	2 serf	_____	_____
3. Medication 投薬	yes no	_____	3 serf 面	_____	_____
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 歯石除去		_____	9. Inlay / Onlay イル・アール	_____	_____
Fluoride フッ化物塗布		_____	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 ホーセリン・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 タミ	_____	_____
	2 canal _____	_____	13. Plate Denture 有床義歯	_____	_____
	3 canal _____	_____	14. Other その他	_____	_____
	根管 _____	_____			

Name and Address of Dentist / Office 歯科医師の氏名および住所 (または 歯科医院の名称および所在地)

Total Fee 合計

Name 歯科医師の氏名 \_\_\_\_\_

Address of Dentist / Office 住所 (または 歯科医院の名称および所在地) \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

## 担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は患者の社会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 one form for hospitalization/outpatient(home visit)  
should be filled out. 各月毎、入院・外来毎につき、この様式1枚が必要です。

氏名

住所

TEL

Form A

Attending Physician's Statement

様式 A

## 診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名	Age (Date of Birth) 年齢(生年月日)	Sex (Male・Female) 性別(男性・女性)
2. Name of Illness or Injury 傷病名		
3. Date of First Diagnosis: _____, 20_____ 初診日		
4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days 診療日数 日間		
5. Types of Treatment 治療の分類		
Hospitalization: 入院	From _____, _____ to _____, 20_____ 自 至	( _____ days) ( 日間)
Outpatient or Home Visit: 入院外	_____ to _____, 20_____ _____ to _____, 20_____	
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要		
7. Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要		
8. 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 はい	No いいえ
9. Itemized Amounts paid to Hospital & / or Attending Physician : 項目別治療実費		
Fill in Form B 様式 B による		
10. Name and Address of Attending Physician 担当医の名前および住所		
Name 名前 :	Last 姓	First 名 Title 称号
Address 住所 :	Home 自宅	Phone 電話
	Office 病院または診療所	Phone 電話
Date 日付	Signature 署名	Attending Physician 担当医

# 担当医または病院事務長へのお願い

翻訳者

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.  
この様式は担当医または病院の事務長が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled.  
各月毎、入院・外来毎につき、この様式1枚が必要です。
- If not in dollars, Please specify the unit used.  
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

氏名
住所
Tel

## Itemized Receipt

### 領収明細書

Form B  
様式 B

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	\$	_____
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再診料	\$	_____
(3) Fee for Home Visit	往診料	\$	_____
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理費	\$	_____
(5) Hospitalization	入院費	\$	_____
(6) Consultation	診察費	\$	_____
(7) Operation	手術費	\$	_____
(8) Professional Nursing	職業看護婦費	\$	_____
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$	_____
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$	_____
(11) Medicines	医薬費	\$	_____
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$	_____
(13) Anaesthetics	麻酔費	\$	_____
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	_____
(15) Others(Specify)	その他(項目明記)	\$	_____ \$ _____ \$ _____
		Unit is	_____
		貨幣単位	_____
(16) Total	合計	\$	_____

Important :Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e.,payment for a luxurious room charge.  
注意 :高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic  
担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名前: Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

Address 住所: Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Office 病院または診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date : 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_