

- 【**歯科**】 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書き、かつ署名して下さい。

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

Name of Patient (Last, First) \_\_\_\_\_ Age (Date of Birth) \_\_\_\_\_ Sex ( Male • Female )  
患者名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 性別 (男・女)  
Date of First Diagnosis \_\_\_\_\_ Day of Diagnosis and Treatment \_\_\_\_\_  
初診日 \_\_\_\_\_ 診療日数 \_\_\_\_\_ days

Tooth Number 歯式									
Permanent Tooth 永久歯	Baby Tooth 乳歯								
R <table style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> </table> L	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	R <table style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">e d c b a</td><td style="padding: 0 5px;">a b c d e</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">e d c b a</td><td style="padding: 0 5px;">a b c d e</td></tr> </table> L	e d c b a	a b c d e	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								
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								
e d c b a	a b c d e								

1. Name of Illness 傷病名			
①Dental Caries う蝕症 _____	②Missing Teeth 欠損 _____	③Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏 _____	④Others その他 _____
2. Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. 歯式	Material 材料	Fee 治療費
Initial Office Visit 初診料			
X-Ray Examination X線検査			
Dental Pulp Extirpation 抜髄			
Extraction 抜歯			
Filling 充填			
Inlay インレー			
Metal Crown 金属冠			
Post Crown 継続歯			
Jacket Crown ジャケット冠			
Bridge Workブリッジ			
Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			
Treat of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処理			
Medicine 投薬			
Others その他			
<b>Total</b>			

Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所

Name 名前 : **Last** 姓 \_\_\_\_\_ **First** 名 \_\_\_\_\_

**Office Address** : \_\_\_\_\_

病院住所 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

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