

1. This form is used for claiming the company reimbursement for the treatment.

この様式は治療に対する会社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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 性別 男 女
Date of Service 受診日 From _____ To _____	Total 合計 _____ Visits 回	

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

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 _____ A t t e n