

RECEIPT DENTAL ( 歯科 )

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
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。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (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。  
Separate receipt required for prescriptions. 薬材料は別に処方箋を添付のこと。

RECEIPT (DENTAL)

領収明細書 ( 歯科 )

Name of Patient (Last , First)

Age (Date of Birth)

Sex(Male・Female)

患者名 \_\_\_\_\_ 年齢(生年月日) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 性別(男・女) \_\_\_\_\_

Date of First Diagnosis : D / M / Y \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(初診日 : 日 / 月 / 年) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Duration of Treatment : \_\_\_\_\_ days (診療日数 : \_\_\_\_\_ 日)

(RIGHT)	Permanent teeth (疾病の名称および部位)																(LEFT)	Identify examined teeth (該当する部位を○で囲み病名をつける) ・Cavity(C) (虫歯) ・missing teeth(F) (欠歯) ・stomatitis(G) (口内炎) ・Phrrhes alveolaris(P) (歯周病) ・extraction needed(Z) (要抜歯)
	(18) (17) (16) (15) (14) (13) (12) (11)	(21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28)																
	1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11 12 13 14 15 16																
(RIGHT)	Primary teeth (乳歯)										(LEFT)							
	(55) (54) (53) (52) (51)	(61) (62) (63) (64) (65)																
	A B C D E	F G H I J																
	(85) (84) (83) (82) (81)	(71) (72) (73) (74) (75)																

Services (治療の種類)	Teeth number or letter (治療した歯の部位)	Currency paid (支払通貨)
Office Visit Fees (診断料)		
Examination Fees (検査料)		
X-Ray Fee (レントゲン)		
Extraction (抜歯)		
Tooth preparation (形成)		
Dental Pulp Extirpation (抜髄)		
Operation (手術)		
Treatment of Pyorrhea Alveolaris (歯周病処置)		
Medicine (投薬)		
Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)		
・Filling (充填)		
・Inlaying (インレー)		
・Metal Crown (金属冠)		
・Jacket Crown (ジャケット冠)		
・Post Crown (歯冠継続歯)		
・Bridge Work (ブリッジ)		
・Partial Denture (局部義歯)		
・Complete Denture (総義歯)		
Other (その他)		
Total (合計)		

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)

Signature of Doctor (担当医署名)

Date (日付) : D / M / Y \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

翻訳（様式Bの続紙：歯科）

その他（Other説明）

翻 訳 者 の 記 入 欄	
名 前	⑩
住 所	電話 ( )