

Request to Attending Dental Surgeon 担当歯科医へのごお願い

1. Please fill 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申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form is to be completed and signed by the attending dental surgeon.
この様式は、担当歯科医が書き、かつ署名してください。
3. One each form is every month for dental diagnosis and treatment.
各月毎の歯科診療につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt (Dental) 領収明細書 (歯科)

Name of Patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male・Female) 性別 _____
受診者名 _____ 年齢 _____

Date of First Diagnosis _____ Days of Diagnosis And Treatment _____ days
初診日 _____ 診療日 _____

		Localization of Teeth 部位																											
		Permanent Tooth 永久歯								Deciduous Tooth 乳歯																			
F	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L	F	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	

1. Name of Illness 傷病名			
(1) Dental Caries う蝕症	(2) Missing Tooth 欠損	(3) Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	(4) The Others その他
_____	_____	_____	_____
2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Materia 材料	Fee 治療費
(1) Initial Office Visit 初診料			
(2) X-Ray Examination レントゲン検査			
(3) Dental Pulp Extirpation 抜髄			
(4) Operation 手術			
(5) Extraction 抜歯			
(6) Filling 充填			
(7) Inley インレー			
(8) Metal Crown 金属冠			
(9) Post Crown 継続歯			
(10) Jacket Crown ジャケット冠			
(11) Bridge Work ブリッジ			
(12) Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			
(13) Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏			
(14) Medicine 投薬			
(15) The Others その他			

(the currency unit _____) 通貨単位 Total _____ 合計

Name of Dental Surgeon 医師氏名 _____ Signature 署名 _____

Name and Address of Dentist's Office 医院の名称・住所 _____

Date 日付 _____