

※医科受診は医科用を使用

(この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。)

(この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。)

(各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。)

(薬剤料は別に処方箋を添付のこと)

(患者名)

(性別 (男・女))

(傷病名)

(日) (月) (年)

(目)

(治療の分類)

(目)

(入院外)

(治療は事故の傷害によるものですか。(はい いいえ))

(症状 (詳しく記載してもらってください))

Tooth Number 齒式

Permanent Tooth 永久齒																	
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8								#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16									
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L
8 7 6 5 4 3 2 1								1 2 3 4 5 6 7 8									
#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25								#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17									

Milky Tooth 乳齒																
#A #B #C #D #E								#F #G #H #I #J								
R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L					
E D C B A								A B C D E								
#T #S #R #Q #P								#O #N #M #L #K								

8. Prescription, examination, Operation and Any other treatments (in detail)
(処方、検査、手術その他の処置(投薬名、検査名、数量(回数)等、具体的に記載してもらってください))

9. Name and Address of Attending Physician

(担当医の名称及び住所)

Name : Last _____ Firs _____
(名前) (姓) (名)

Office : _____ phone _____
(病院又は診療所名) (電話)

Address : _____
(住所)

Date : _____ Signature _____
(日付) (署名)

Attending Physician 担当医

翻訳

(診療内容明細書 (歯科))

7. 症状 (詳しく)

8. 処方・処置・検査・レントゲン・その他
(投薬名・検査名、数量 (回数) 等、具体的に記載)

	翻 訳 者
名前	
住所	
電話	

RECEIPT (DENTAL)

歯科領収明細書

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充填Amalアマル ガム 1serf		
2. X-rayレントゲン診断			2serf		
Bite-Wings咬翼型 ×			3serf		
Periapical標準型 ×			Comp. 複合レジン 1serf		
Panoramicパノラマ×			2serf		
Modelsスケー イモデル			3serf		
3.Medication投薬		Yes/No	9. Inlay / onlay		
4.Prophylaxies歯垢/Scaling歯石除去			10. Amal. / Comp. Bulid-up		
Fluorideフッ化物塗布			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歯肉下歯石除去			11.Crown Porcelain/Gold		
/Root Planing根面平滑化			冠 ポーセレン 金		
Gingival Curettage盲義掻爬			Silver Alloy 銀合金		
7.Pulp Cap歯髄覆			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					
2.canal					
3.canal			Ponticダミー		
根管					
			13.Plate Denture有床義歯		
			14.Otherその他(		
				Total Fee 合計	

Name and Address of Dentist / Office

(歯科医師の氏名及び住所又は歯科病院の名称及び所在地)

Name : Last Firs
(名前) (姓) (名)

Office : phone
(病院又は診療所名) (電話)

Address :
(住所)

Date : Signature
(日付) (署名)