

Requests to the Dental Practitioner

歯科医へのお願い

1. Please certify this form so the patient may claim National Health Insurance benefits in Japan.
この様式は患者の国民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。
2. Please write details of the patient's dental treatment.
診療内容については、詳細に記載してください。
3. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、署名してください。
4. One form is needed for every inpatient or outpatient treatment visit.
各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。
5. Please specify the monetary unit used.
ドル以外の貨幣の場合は、その旨を明記ください。

Form C

ITEMIZED RECEIPT (DENTAL)

領収明細書 (歯科)

Name of Patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth in parentheses) _____ Sex (Male /
患者名 _____ , _____ 年齢 (生年月日) _____ 性別 (男 ・ 女)

Date of First Diagnosis _____ , _____ , _____ Duration of Treatment _____ days
初診日 _____ 診療日数 _____ (日間)

Location of Teeth (部位)																															
Permanent Teeth (永久歯)								Primary Teeth (乳歯)																							
R	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	L	R	V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V	L
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8			V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V	

1. Condition 症病名			
•cavity (C) (虫歯)		•missing tooth (F) (欠歯)	
•pyorrhea alveolaris (P) (歯槽膿漏)		•mouth sore (G) (口内炎)	
•extraction needed (Z) (要抜歯)			
2. Dental Treatment 歯科治療	Location(s) of Teeth Examined 患者部位	Material Used 材料	Fee 治療費
•First-time Visit Fee 初診料			
•X-Ray Examination レントゲン検査			
•Pulpectomy 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 ブリッジ			
•Plate Denture 有床義歯			
Partial Denture 局部義歯			
Complete Denture 総義歯			
•Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置			
•Medication 投薬			
•Others (Please Specify) その他			

Monetary Unit is: _____ 貨幣単位 _____ Total 合計 _____

Name and Address of Dental Practitioner: _____ 歯科医師の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____

Name of Hospital or Clinic _____ (病院または診療所名)

Address 住所 _____ Phone No. 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____