

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 性別 M 男 F 女

Date of Services 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 |
| 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 |
| R | | | | | | | | L | | | | | | | | R | | | | | | | | 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 |
| #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 |

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

Name and Address of Dentist / Office 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 _____