

This form is used for claiming the health insurance benefit.

この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT

歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 Taro kenpo Date of Birth 生年月日 11/30/2012 Sex 性別 M F
 Initial Office Visit 初診日 6/5/2012 Days of Services 診療日数 1 days

Permanent Tooth 永久歯		Tooth Number 歯式																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						
R.	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	L.																R.	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						
	#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		95.00	8. Filling 充填	Amal. アマルガム	1 serf.
2. X-ray レントゲン診断	Bite-wings 咬翼型 ×	20.00		2 serf.	
	Periapical 標準型 ×			3 serf.	
	Panoramic パノラマ ×		Comp. 複合レジン	1 serf.	
Models スタディモデル				2 serf.	
3. Medication 投薬	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no			3 serf. 面	
4. Prophylaxies 歯垢除去	Scaling 歯石除去		9. Inlay / Onlay インレー・オンレー		
Fluoride フッ化物塗布			10. Amal. / Comp. Build-up 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 / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			11. Crown 冠	Porcelain / Gold ポーセレン・金	
Gingival Curettage 盲嚢搔爬				Silver Alloy 銀合金	
7. Pulp Cap 歯髄覆罩				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				Pontic ダミー	
	1 canal				
	2 canal		13. Plate Denture 有床義歯		
	3 canal 根管	30	14. Other その他		
		1080.00			

Total Fee 合計 \$ 1195.00

Name and Address of Dentist / Office
 歯科医師の氏名及び住所 又は 歯科医院の名称及び所在地

Dr.mark sumisu Honolulu Dental Associates

1111 Kapiolani Blvd. #777 Honolulu, HI 9000

Date 日付 6/5/2012 Signature 医師の署名 mark sumisu