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) 患者名 _____, _____

Age (Date of Birth in parentheses) 年齢（生年月日）_____

Sex (Male / 性別（ 男 ・ 女 ）

Date of First Diagnosis 初診日 _____, ___, _____

Duration of Treatment 診療日数 _____ days （日間）

Location of Teeth (部位)

Permanent Teeth （永久歯）

R 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 L
R 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 L

Primary Teeth （乳歯）

R Ⅴ Ⅳ Ⅲ Ⅱ Ⅰ | Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ L
R Ⅴ Ⅳ Ⅲ Ⅱ Ⅰ | Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ L

1. Condition 症病名

・cavity (C) (虫歯) ・missing tooth (F) (欠歯) ・mouth sore (G) (口内炎)
・pyorrhea alveolaris (P) (歯槽膿漏) ・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<br>Partial Denture 局部義歯<br>Complete Denture 総義歯 | | | |
| ・Treatment of Pyorrhea Alveolaris<br>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 _____