【記入例】

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	6/5/2005	Sex 性別	■M 男 □F 女
Initial Office Visit 初診日	7/5/2024	Days of Services 診療日数	1 days		

Tooth Number 歯式

Permanent Tooth 永久歯

	#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 乳歯

	#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	

Services 診療内容			Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診察				95.00
2. X-ray レントゲン診断	Bite-wings 咬翼型	×		20.00
	Periapical 標準型	×		
	Panoramic パノラマ	×		
Models スタディモデル				
3. Medication 投薬	□yes	□no		
4. Prophylaxies 歯垢 ／ ← Scaling 歯石除去				
Fluoride フッ化物塗布				
5. Extraction 抜歯				
6. Periodontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化				
Gingival Curettage 盲嚢掻爬				
7. Pulp Cap 歯髄覆罩				
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄				
Root Canal Therapy 根管治療				
	1 canal			
	2 canal			
	3 canal 根管		30	1080.00

Services 診療内容			Tooth No. 歯式	Fee 料金
8. Filling 充塡	Amal. アマルガム	1 serf.		
		2 serf.		
		3 serf.		
	Comp. 複合レジン	1 serf.		
		2 serf.		
		3 serf. 面		
9. Inlay / Onlay インレー・アンレー				
10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造				
Post c Core メタルコア				
11. Crown 冠	Porcelain / Gold ポーセレン・金			
	Silver Alloy 銀合金			
	Other その他			
12. Bridge Work ブリッジ	Abut 支台歯			
	Pontic ダミー			
13. Plate Denture 有床義歯				
14. Other その他				

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 7/5/2024 Signature 医師の署名 mark sumusu