

RECEIPT(DENTAL)

診療内容明細書 兼 診療領収明細書 (歯科)

Request to Attending physician 担当医へお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.
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。
- 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。
- One form for each month and one for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。
- Separate receipt required for prescriptions.
薬剤料は別に処方せんを添付すること。

Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male · Female)

患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____ 性別 (男 · 女) _____

Permanent (疾病の名称および部位)	Baby teeth (乳歯)
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
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

Identify examined teeth : (該当する部位を○で囲み病名をつける)

- Cavity (C) (虫歯) • missing teeth (F) (欠歯) • stomatitis (G) (口内炎)
- pyorrhea alveolaris (P) (歯槽膿漏) • extraction needed (Z) (要抜歯)

Date of First Diagnosis (初診日) _____ / _____ / _____	Currency paid (支払通貨)
Days of Diagnosis and Treatment (診療日数) _____ days (日間)	
Office Visit Fees (診断料) _____	
Examination Fees (検査料) _____	
X-Ray Fee (レントゲン) _____	
Other (その他) _____	_____

Services (治療した歯の部位と治療の種類)

Describe when gold or platinum was used. (治療材料に金、白金を使用したときは特記してください。)	
• Filling (充てん)	
• Inlaying (インレー又はアンレー)	
• Capping (metal) (金属冠)	
• Jacket capping (ジャケット冠)	
• Capping connected (歯冠継続歯)	
Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)	
• Bridge (ブリッジ)	
• Partial artificial teeth (局部義歯)	
• Total artificial teeth (総義歯)	

Total (計)	
-----------	--

Name and Address of Attending Physician (担当医の名前及び住所)

Name 名前: Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所: Home 自宅 phone電話

 Office 病院又は診療所 phone電話

Date 日付: _____ Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

翻訳用紙（様式Cの続紙）

疾病の名称及び部位

治療した歯の部位と治療の種類、治療費

翻訳者の記入欄	
氏 名	
	(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。
住 所	
連絡先	(平日、日中の連絡先) — —