

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 \_\_\_\_\_

Date of Birth  
生年月日 \_\_\_\_\_

Sex M F  
性別 男 女

Date of Services  
受診日 From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Total 合計 \_\_\_\_\_ Visits 回

Tooth Number 歯式															
Parmanent 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											
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 Amal. 1 surf. _____		_____
2 X-ray Bite-wings 咬翼型 ×		_____	充填 アマルガム 2 surf. _____		_____
レントゲン 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 スケーリング・ルートプレーニング		_____	9 Inlay / Onlay インレー・アンレー		_____
Gingival Curettage 歯周ポケット搔爬		_____	10 Amal. / Comp. Build-up 充填物による支台築造		_____
Perio-operation 歯周外科手術		_____	Post & Core メタルコア		_____
6 Extraction 抜歯		_____	11 Crown 冠		_____
Other Operation その他の手術		_____	Porcelain / Gold ポーセレン・金		_____
7 Pulp Cap 歯髄覆罩		_____	Silver Alloy 銀合金		_____
Pulpotomy 歯髄切断		_____	Other その他		_____
Root Canal Therapy 根管治療		_____	12 Bridge Work ブリッジ		_____
1 canal _____		_____	Abutment 支台歯		_____
2 canal _____		_____	Pontic ボンティック		_____
3 canal _____		_____	13 Denture 有床義歯		_____
根管		_____	Repair 義歯修理		_____
		_____	14 Other (specify) その他		_____
		_____	Medical Certificate 診断書		_____

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

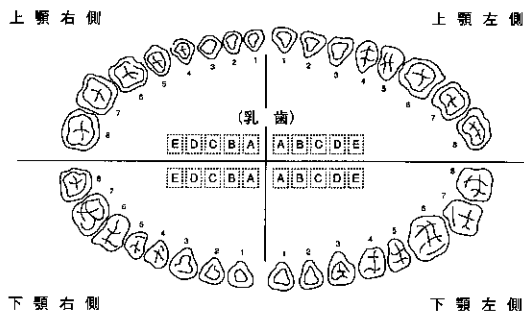
Total Fee  
合計

Date 日付 \_\_\_\_\_ Dentist's Signature 歯科医師の署名 \_\_\_\_\_

■邦訳(A) (歯科治療の場合)

邦訳者氏名 (本人可)	
氏名	
住所	Tel

〈配列図〉



★★★★ お願い ★★★★★

※ 下記事項は、給付算定のため、必要最小限の項目となりますので、必ず記入願います。

1. 治療年月日

年 月 日 ~ 年 月 日  
( 日間)

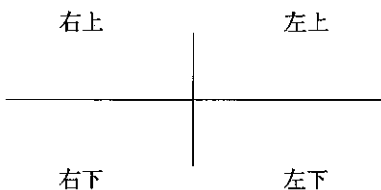
2. 治療項目 (右図を参照)

( )

3. 使用した材料名

( )

4. 治療箇所 (配列図参照)



5. 請求内訳

イ) 初診料 ( )  
 ロ) 治療費 ( )  
 ハ) 薬代 ( )  
 ニ) 保険外の材料を使用した場合、材料費 ( )  
 合計 ( )

6. その他・補足説明事項

※ 注

一時的な仮歯治療費は、健保の対象外となっております。

項目	●治療の内容	●保険のきく範囲と材料	●保険外の材料
充填	初期のむし歯に行われる。むし歯の部分を取り除き、人工の材料を詰め、固まったところで磨く治療。	乳歯と永久歯。アマルガム、複合レジン、セメント、レジンなど。	金ばく
鑄造歯冠修復	インレー 全部鑄造冠 むし歯の範囲が大きく広がっていたり、神経を取り除いた歯で、詰めることがむずかしい場合に行われる。歯を削ったあとに型をとり、それと同じ型に鑄造した金属をセメントでつける。部分的なものをインレー、全体にかぶせるものを全部鑄造冠という。	乳歯と永久歯。 金銀パラジウム合金、ニッケルクロム合金。	金合金、白金加金(単独の前歯は材料差額になる)。
金属冠	セメント 金属 全体にかぶせる冠。鑄造せずに、金属の板を曲げるなどしてつくり、セメントでつける。	永久歯の白歯。金銀パラジウム合金、ニッケルクロム合金、乳歯の白歯には乳歯。	金合金、白金加金。
つぎ歯差し歯	人工歯 金属 むし歯がかなり進み、歯の顎部(歯冠部)はなくなりましたが、歯根がまだ残っている場合、その歯根を利用して、人工の歯冠を継ぎたす方法。	永久歯の前歯と小白歯。人工歯にレジン歯と陶歯。裏装する金属に14K金合金、金銀パラジウム合金、銀合金、ニッケルクロム合金。	裏装する金属に14Kを超える金合金、白金加金(単独の前歯は材料差額になる)。
ジャケット冠	人工歯 大きなむし歯でも神経に異常がないときや、神経が取られていても支柱も立てられるときに、天然の歯に似た材料で、歯冠部の全表面をおおう方法。	永久歯と乳歯の前歯、硬質レジン、レジン。	ポーセレン(陶材)、メタルボンド、ポリサルホン。
ブリッジ	支台装置 ダミー 支台歯 抜けた歯が少なく、しかも両どなりに健康な歯があるとき、両方の歯を支えにして、川に橋をかけるのと同じようにして、歯をもとどおりにする治療。支台装置とダミー(抜けた部分に入れる歯)からなる。	永久歯。使用する材料は14K金合金(前歯のみ)、金銀パラジウム合金、銀合金、ニッケルクロム合金、人工歯はレジンまたは陶歯。	メタルボンド、前歯に14K以上の金合金、白金加金を使ったとき。
入れ歯	人工歯 床 バー パネ 歯がまったくない場合は総義歯を、歯が残っている場合は、残っている歯にパネをかける局部義歯を使う。	永久歯、床にレジン、ポリサルホン、人工歯にレジン歯、陶歯、ポリサルホン義歯、パネやバーに14K金合金、金銀パラジウム合金、コバルトクロムなど。	パネやバーに14Kを超える金合金、白金加金、床に金属を使ったとき。