

邦 訳

永久歯																乳歯														
(Upper)	(RIGHT)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	(LEFT)	(RIGHT)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	(LEFT)
(Lower)	(RIGHT)	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	(LEFT)	(RIGHT)	T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K	(LEFT)

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
拔牙					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯					
局部義歯					
総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
* 薬の名前					
その他					
合計					

翻訳者

氏名



電話番号

Request to Attending Physician
担当医へお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の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、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt
領収明細書

1. Name of Patient(Last,First) 患者名 _____	Age 年齢 _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	

(1) Fee for Initial Office Visit	初 診 料	_____
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再 診 料	_____
(3) Fee for Home Visit	往 診 料	_____
(4) Fee for Hospital Visit	入 院 管 理 料	_____
(5) Hospitalization	入 院 費	_____
(6) Consultation	診 察 費	_____
(7) Operation	手 術 費	_____
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 師 費	_____
(9) X-Ray Examination	X 線 検 査 費	_____
(10) Laboratory Tests *	諸 検 査 費	_____
_____		_____
_____		_____
(11) Medicines **	医 薬 費	_____
_____		_____
_____		_____
(12) Surgical Dressing	包 帯 費	_____
(13) Anesthetics	麻 酔 費	_____
(14) Operating room Charge	手 術 室 費 用	_____
(15) The Others(Specify)	その他(特記せよ)	_____
_____		_____
_____		_____
(16) Total	合 計	_____

* Please fill in the content of the Laboratory Tests.

* 諸検査の内容を記入してください

** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.

** 処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

Unit is _____
通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxuriouys room charge.
注意 : 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前および住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(医療機関)		Phone
Date(日付)	Signature(署名)		Attending Physicuan(担当医)

邦 訳

(10) 諸検査費の内訳

(11) 医薬費の内訳

(15) 特記事項

翻訳者

氏名



電話番号

質問票

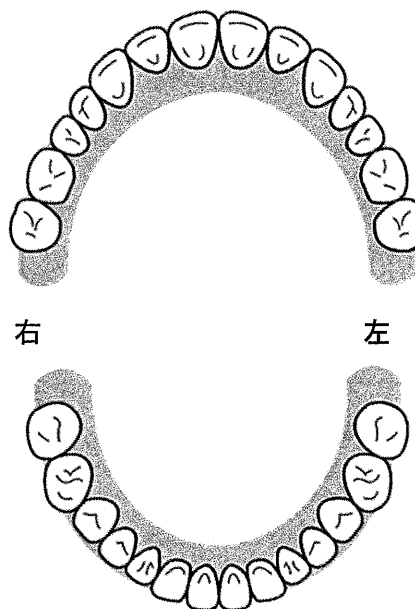
1. どの歯を治療しましたか？

《記入例》

- ・右上の1番奥の歯
- ・左下の1番奥から3番目の歯
- ・上の前歯の真ん中右の歯

部位：

(右記図で該当する歯に○をお願いします)



2. 治療内容(✓をしてください)

- つめものがとれたため
- かぶせがはずれたため
- 虫歯になったため
- 歯茎が腫れたため
- 歯がグラグラしたため
- 歯が抜けたため・欠けたため
- ()

↓ ↓ ↓

- 部分的な麻酔をして 麻酔をせずに

↓ ↓ ↓

- 歯を削って
- 神経を抜いて
- 歯根の中の膿を出して
- 歯を抜いて
- 歯石をとって

↓ ↓ ↓

- 型をとって 型をとらずに

↓ ↓ ↓

- プラスチックをつめた 金属をつめた
- 金属をかぶせた 金属のブリッジにした
- 部分的な入れ歯をいれた
- ()

3. 治療内容以外の特記事項

回答者氏名 _____