

RECEIPT (DENTAL) 領収明細書 (歯科)

| | |
|--|--|
| Request to Attending physician 担当医へのお願い | |
| <p>1. Please fill in this form so that the patient may claim Social 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。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. One form for each month and one for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. 各月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。</p> <p>Separate receipt required for prescriptions. 薬材料は別に処方箋を添付すること</p> | |
| Name of Patient (Last, First) (患者名) | Date of Birth (生年月日) |
| Sex (Male・Female) 性別 (男・女) | |
| Permanent (疾病の名称及び部位) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 | Baby teeth (乳歯) 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) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cavity (C) (虫歯) • missing teeth (F) (欠歯) • stomatitis (G) (口内炎) • Pyrrhes 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 (診療を行った実日数) | |
| 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) | |
| Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称) | Total (計) |
| Signature of Doctor (担当医署名) | |
| Date (日付) | |