

Form B

様式 B

1.This form is used for claiming the social insurance benefit.

この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。

2.This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。

3.One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit.

各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式1枚が必要です。

4.Specify the currency unit used.

通貨単位をご記入ください。

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT

診療内容明細書 (歯科)

1.Patient's Name (Surname, Given name) 患者名		2.Patinet's Date of Birth 生年月日		3.Patient's Sex 性別 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女																																			
4.Date of First Diagnosis 初診日			M:	D:	Y:																																		
5.Days of Diagnosis and Treatment 診療日数			days																																				
6.Localization of Teeth 部位																																							
permanent Teeth 永久歯			Deciduous Teeth 乳歯																																				
R.	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L.	R.	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	L.	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e
7.Name of First Illness 傷病名																																							
1.Dental Caries う蝕症		2.Missing Teeth 欠損		3.Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏		4.The Others その他																																	
_____		_____		_____		_____																																	
8.Dental Treatment		歯科治療		Localization of Teeth Examined		Material		Fee																															
				患歯部位		材料		治療費																															
(1) Initial Offise Visit		初診料																																					
(2) X-Ray Examination		レントゲン検査																																					
(3) Dental Pulp Extirpation		抜髄																																					
(4) Extraction		抜歯																																					
(5) Filling		充填																																					
(6) Inlay		インレー																																					
(7) Metal Crown		金属冠																																					
(8) Post Crown		継続歯																																					
(9) Jacket Crown		ジャケット冠																																					
(10) Bridge Work		ブリッジ																																					
(11) Plate Denture		有床義歯																																					
•Partial Denture		局部義歯																																					
•Complete Denture		総義歯																																					
(12) Treatment of Pyorrhea Alvolaris		歯槽膿漏処置																																					
(13) Medicine		投薬																																					
(14) The Others		その他																																					
Total		合計																																					

Name of Dental Surgeon

医師の名前

Signature

署名

Name and Address of Dentist's Office

歯科医院の名称及び所在地

Date

日付