

担当歯科医へのお願い

- ## Attending Physician Statement

1. Name of patient (Last,First) 患者名	Age (Date of Birth) 年齢 (生年月日)	Sex (Male・Female) 性別 (男・女)
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

2. Date of first Diagnosis	初診日	
Days of Diagnosis and Treatment	診療日数	_____ days

3.	teeth	Number	齿式																												
			Permanent Tooth 永久齿																												
			#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
			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

Name of Illness 傷病名				
1. Dental Caries う蝕	2. Missing Teeth 欠損	3. Periodontal Diseases 歯周病	4. The Others その他	()

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. 面				
(2) X-ray	レントゲン診断						充填 アマルガム	② surf.			
Bite-wings	咬翼型 ×							③ surf.			
Periapical	標準型 ×					Filling Comp.	① surf. 面				
Panoramic	パノラマ ×					充填 複合レジン	② surf.				
(3) Medication	投薬 □Yes □No							③ surf.			
(4) Prophylaxis / Scaling	歯垢 ←歯垢除去					(9) Inlay／Onlay	インレー・アンレー				
Fluoride	フッ化物塗布					(10) Amal./Comp. Build-up					
(5) Extraction	抜歯						充填物による支台築造				
(6) Periodontal Scaling / Root planing						Post & Core	メタルコア				
歯肉下歯石除去・根面平滑化						(11) Crown 冠					
Gingival Curettage	盲嚢搔爬					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・抜髄					(12) Bridge Work	ブリッジ				
Root Canal Therapy	根管治療					Abutment	支台歯				
① Canal	根管					Pontic	ポントック				
② Canal						(13) Plate Denture	有床義歯				
③ Canal						(14) Other	その他				
						Total Fee	合計				

4. Name and Address of Attending Physician 医師の氏名及び医院の名称及び所在地 Unit is 通貨単位 _____

Name 名前: Last 姓 _____ First 名 _____

Address: Home (自宅) _____ Phone _____

Office (病院又は診療所) _____ Phone _____

Date 日付 _____ Attending Physician Signature 医師の署名 _____

日本毛織健康保険組合