

Itemized Receipt (Dental)

領収明細書(歯科)

Permanent (疾病の名称および部位)

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
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		
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)

- Cavity (C) (虫歯)
- missing teeth (F) (欠歯)
- stomatitis (G) (口内炎)
- Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏)
- extraction needed (Z) (要抜歯)

- (1) Date of First Diagnosis 初診日 \_\_\_\_\_
- (2) Days of Diagnosis and Treatment 診療を行った実日数 \_\_\_\_\_ day (日間)
- (3) Office Visit Fees 診断料 \$ \_\_\_\_\_
- (4) Examination Fees 検査料 \$ \_\_\_\_\_
- (5) X-Ray fee レントゲン \$ \_\_\_\_\_
- (6) 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)

- (7) Filling 充てん \$ \_\_\_\_\_
- (8) Inlaying インレー又はアンレー \$ \_\_\_\_\_
- (9) Capping (metal) 金属冠 \$ \_\_\_\_\_
- (10) Jacket capping ジャケット冠 \$ \_\_\_\_\_
- (11) Capping connected 歯冠継続歯 \$ \_\_\_\_\_

Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合とその部位と種類)

- (12) Bridge ブリッジ \$ \_\_\_\_\_
- (13) Partial artificial teeth 局部義歯 \$ \_\_\_\_\_
- (14) Total artificial teeth 総義歯 \$ \_\_\_\_\_
- (15) Total 合計 \$ \_\_\_\_\_

Unit is \_\_\_\_\_  
貨幣単位

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前および住所

Name 名前: Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

Address 住所: Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date 日付: \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

通訳者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_