Form C **RECEIPT(DENTAL) 領収明細書（歯科）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Request to Attending physician（担当医へお願い）**  1．Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.  この様式は患者の国民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。  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。  3．One form for each month and one for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.  各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。  4．Separate receipt required for prescriptions. 薬剤料は別に処方箋を添付のこと。  5．Please specify material, for items marked ※.　※印の項目については材質も明記してください。 | | | | | | | | |
| Name of Patient  患者名 | | | | Date of Birth  生年月日 | | | Sex　　　□M　□F  性別 男　　女 | |
| Date of First Diagnosis  初診日 | | | | Duration of Treatment days  診療日数　　　　　　 　　　　日間 | | | | |
| Permanent Teeth（永久歯） 　　 Baby Teeth(乳歯)  Ｌ  Ｒ  Ｒ  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  Ｌ  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  Identify examined teeth(該当する部位を〇で囲み病名をつける)  ・Cavity(C)(虫歯) 　　・missing teeth(F)(欠歯)　　　・stomatitis(G)(口内炎)  ・Pyorrhea alveolaris(P)(歯槽膿漏)　　　・extraction needed(Z)(要抜歯) | | | | | | | | |
| 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　診療 |  | |  | | Comp.複合レジン　1．Serf | |  |  |
| 2．X-ray　 レントゲン診断 |  | |  | | 2．Serf | |  |  |
| Bite-wings　 咬翼型　× |  | |  | | 3．Serf | |  |  |
| Periapical　 標準型　× |  | |  | | ※Other(Material)  その他 | |  |  |
| Panoramic パノラマ × |  | |  | |
| Models スタディモデル |  | |  | | ※9．Inlay/Onlay(Material)  インレー/アンレー | |  |  |
| 3．Medication □yes □no  投薬 |  | |  | |
| 10．Amal./Comp.Build-up  アマルガム・複合レジンによる支台築造 | |  |  |
| 4．Prophylaxes 予防 |  | |  | |
| Scaling　歯石除去 |  | |  | | Post c Core メタルコア | |  |  |
| Fluoride フッ化物塗布 |  | |  | | ※Other (Material)  その他 | |  |  |
| 5．Extraction 抜歯 |  | |  | |
| 6．Periodontal Scaling/  Root planing  歯肉下歯石除去・根面平滑化 |  | |  | | 11．Crown 冠 | |  |  |
| Porcelain/Gold ポーセレン・金 | |  |  |
| Silver alloy 銀合金 | |  |  |
| Gingival Curettage  毛嚢掻爬 |  | |  | | ※Other(material)  その他 | |  |  |
| 7．Pulp Cap 歯髄覆 |  | |  | | ※12．Bridge Work ブリッジ | |  |  |
| Pulpotomy 歯髄切断・抜髄 |  | |  | | Abut  支台歯 | (material) |  |  |
| Root Canal Therapy |  | |  | |  |  |  |
| 根管治療　 1canal 根管 |  | |  | |  |  |  |
| 2canal |  | |  | | Pontic  　ダミー | (material) |  |  |
| 3canal |  | |  | |  |  |  |
| 8．Filling 充填 |  | |  | | ※13．Plate Denture (material)  　　　有床義歯 | |  |  |
| Amal.アマルガム1．Serf 面 |  | |  | |
| 2．Serf |  | |  | | ※14．Other(Material)  その他 | |  |  |
| 3．Serf |  | |  | |
|  | | | | | Total Fee 合計 | | | |
| Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医院の名称及び所在地 | | | | | | | | |
| Date  日付 | | Signature  署名 | | | | | | |

申請者の方へ　※印がついている項目に医師の記入がある場合は必ず＜別紙＞に和訳をつけてください。

　　　　　　　　材質の場合は具体的にどのようなものか訳してください。