

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT
齒科診察内容明細書

Day of Services _____ days
診察日数

Tooth Number 齒式																										
Permanent Tooth 永久齒								Milky Tooth 乳齒																		
#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	
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
	#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

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 serf.			
2. X-ray レントゲン 診断	Bite-Wings × 咬翼型				充填 アマル	2 serf.			
	Periapical × 標準型				ガム	3 serf.			
	Panoramic × パノラマ				Comp.	1 serf.			
Models スタディモデル					複合	2 serf.			
3. Medication ☐ yes ☐ no 投薬					レジン	3 serf.			
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯石除去					面				
Fluorid フッ化物塗布					9. Inlay / Onlay インレー・アンレー				
5. Extraction 抜歯					10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造				
6. Periodontal Scaling / Root planning 歯肉下歯石除去・根面平滑化					Post c Core メタルコア				
Gingival Curettage 盲嚢搔爬					11. Crown Porcelain / Gold 冠 ボー・セレン・金				
7. Pull Cap 歯髄覆罩					Silver Alloy 銀合金				
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄					Other その他				
Root Canal Therapy 根管治療					12. Bridge Work Abut ブリッジ 支台歯				
	1 Canal				Pontic ダミー				
	2 Canal				13. Plate Denture 有床義歯				
	3 Canal				14. Other その他				
	根管								
					Total Fee 合計				

Date _____ Signature _____
日付 _____ 署名 _____