

Name of Patient 患者名 _____ Date of Birth 生年月日 _____ Sex M F
 性別 男 女

Initial Office Visit 初診日 _____ Days of services 診療日数 _____ days

Tooth Number 歯式																									
R Permanent Tooth 永久歯								L								R Milky Tooth 乳歯				L					
#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					

Service(診療内容)	Tooth No.(歯式)	Fee(料金)	Service(診療内容)	Tooth No.(歯式)	Fee(料金)
1.Examination 診察		_____	8.Filling Amal. 充填 アマルガム	1serf _____ 2serf _____ 3serf _____	_____
2.X-Ray Bite-Wings × レントゲン 咬翼型		_____	Comp. 複合	1serf _____ 2serf _____ 3serf _____	_____
Periapical × 標準型		_____	レジン	_____	_____
Panoramic × パノラマ		_____	面		
Models スタディモデル		_____	9.Inray/Onlay インレー・アンレー		_____
3.Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> 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.Prophylaxies/Scaling 歯垢 ←歯石除去		_____	Post c Core メタルコア		_____
Fluoride フッ素物塗布		_____	11.Crown Porcelain/Gold 冠 ポーセレン・金		_____
5.Extraction 抜歯		_____	Silver Alloy 銀合金		_____
6.Periodontal Scaling/Root Planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化		_____	Other その他		_____
Gingival Curettage 盲嚢搔爬		_____	12.Bridge Work Abut ブリッジ 支台歯		_____
7.Pulp Cap 歯髄覆罩		_____			_____
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄		_____	Pontic ダミー		_____
Root Canal Therapy 1canal 歯管治療	_____	_____			_____
	2canal	_____	13.Plate Denture 有床義歯		_____
	3canal	_____	14.Other その他		_____
	根管	_____			_____
			Total Fee (合計)		

Name and Address of Dentist/Office (歯科医の氏名及び住所又は歯科医院の名称及び所在地)

Date (日付) _____ Signature (署名) _____