

ITEMIZED RECEIPT (DENTAL) 領収証明書 (歯科)

Name of Patient 受診者名 _____ Age 年齢 _____ Sex (Male Female) 性別

Date of First Diagnosis 初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days

Localization of Teeth 部位																															
Permanent Teeth 永久歯							Deciduous Teeth 乳歯																								
R.	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	L.	R.	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	

1. Name of Illness 傷病名			
1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4. The Others その他
_____	_____	_____	_____

2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費 (現地通貨)
*Initial Office Visit 初診料			
*X-Ray Examination レントゲン検査			
*Dental Pulp Extirpation 抜髄			
*Extraction 抜歯			
*Filling 充填			
*Inlay インレー			
*Metal Crown 金属冠			
*Post Crown 継続歯			
*Jacket Crown ジャケット冠			
*Bridge Work ブリッジ			
*Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			
*Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置			
*Medicine 投薬			
*The Others その他			

Total 合計 _____

Name of Dental Surgeon _____ Signature _____

医師の氏名 _____ 署名 _____

Name and Address of Dentist's Office _____

Date _____