

翻訳者の住所・氏名

様式 A の翻訳文

## 診療内容明細書（歯科分）

1. 患者名 \_\_\_\_\_ 年齢(生年月日) \_\_\_\_\_

性別 (男・女)

2. 傷病名

3. 初診日 平成・令和 年 月 日

4. 診療日数 日間

5. 治療の分類

入院 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日

( 日間)

入院外 日 日 日 日 日 日

(診療日)

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. 治療実費 → 様式 B

10. 担当医の名前及び住所

名前： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

住所： 自宅 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

病院又は診療所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

日付 平成・令和 年 月 日

様式 (B) の翻訳文  
**RECEIPT (DENTAL)**  
 領収明細書 (歯科)

初診日 _____	
診療を行った実日数 _____ day (日間)	
診断料	
検査料	
レントゲン	
その他	
治療した歯の部位と治療の種類	
治療材料に金、白金を使用したときは特記してください	
充てん	
インレー又はアンレー	
・ 金属冠	
・ ジャケット冠	
・ 歯冠継続歯	
欠損歯を補綴した場合その部位と種類	
・ ブリッジ	
・ 局部義歯	
・ 総義歯	
病院又は診療所名称 _____	計 _____
担当医署名 _____	支払通貨 _____
日付 _____	