

翻訳分（外国語部分のみを翻訳した）

歯科診療内容明細書

(患者名) _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男・女)

(初診日) _____ 20 _____ (診療日数) _____ 日

永久歯

右	1	2	3	4	5	6	7	8		9	10	11	12	13	14	15	16	左
	32	31	30	29	28	27	26	25		24	23	22	21	20	19	18	17	

乳歯

右	A	B	C	D	E		F	G	H	I	J	左
	T	S	R	Q	P		O	N	M	L	K	

歯の番号 の文字等	診療の明細 (レントゲン撮影・予防措置・使用材料なども含む)	日付			金額
		月	日	年	
合計金額					

(担当医の名前及び住所) (姓) _____ (名) _____

(自宅住所) _____

(病院住所) _____

日付 _____

翻訳者氏名 _____ (印)

翻訳者住所 _____

翻訳年月日 20 年 月 日

領収書の原本を添付してください。(※領収書にも和訳が必要です)