歯科診療内容明細書翻訳

患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢（生年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿　性別　男・女

初診日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　傷病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療日数＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

歯の番号	歯に行った処置（X線含む・予防・使用した材料等）	日付 月	日	年	金額
				合計金額	

担当医の名前及び住所（ｶﾀｶﾅ記入）

名前　　姓＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所　自宅＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿＿＿

病院又は診療所

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿＿＿

訳した方の住所・氏名・印

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印