

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

Form C
様式C

Name of Patient (Last, First) 患者名		Age(Date of Birth) 年齢(生年月日)		Sex(Male・Female) 性別(男・女)	
Date of First Diagnosis : 初診日		Days of Diagnosis and Treatment : 診療日数		days 日間	
Tooth Number (歯式)					
Permanent Tooth (永久歯)		Primary Tooth (乳歯)			
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		E D C B A	
R		L		R	
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		E D C B A	
L		R		L	
1. Name of Illness (傷病名)					
(1) Dental Caries (う蝕症)		(2) Missing Tooth (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)	
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 Other (その他)					
Total (合計)					

Name and Address of Attending Physician

担当医の名称及び住所

Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話

Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付 Signature 署名

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号

歯 科 診 療 内 容 明 細 書

歯 式																									
永久歯								乳歯																	
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
R								L								R				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. 傷病名			
(1)う蝕症	(2)欠損	(3)歯槽膿漏	(4)その他
_____	_____	_____	_____

2. 歯科治療	患歯部位	材料	治療費
初診料			
レントゲン検査			
抜髄			
拔牙			
充填			
インレー			
金属冠			
継続歯			
ジャケット冠			
ブリッジ			
有床義歯			
局部義歯			
総義歯			
歯槽膿漏処置			
投薬			
その他			
合 計			

	翻 訳 者 記 入 欄
名 前	
住 所	電話 _____