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

Form C 様 式C

歯科診療内容明細書

Name of Patient (Last, Firs <u>t)</u> 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	Da	ys of Diagnosis and Tre 涛 日 数	atmen <u>t</u> :	days 日間	
Permanent Tooth (永久歯)	Tooth Number	(歯式) Primary Tooth(乳t	 		
8 7 6 5 4 3 2 1 1 1 2 3	1 5 6 7 8	E D C E	B A I A 1	B C D E	
R	L	E D C E	B A A	B C D E	
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3		E D C E	B A A B	B C D E	
	sing Tooth 欠損)	(3)Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏)	(4)	The Others (その他)	
	 				
	 _ocalization of Teeth Ex (患歯部位)		nterial 才料)	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)					
Inlay (インレー)					
Metal Crown (金属冠)					
Post Crown(継続歯)					
Jacket Crown (ジャケット冠)					
Dridge Work (2992)					
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)			D . 1 (A=1)		
			Total (合計)		
Name and Address of Attending Ph 担当医の名前及び住所	vsician				
Name 名前 : <u>Last 姓</u>	First 名		Title 称号		
Addres住所 : <u>Home 自宅</u>		I	Phone 電話		
Office 病院又は診	療所	F	Phone 電話		
Date 目付	Signature 署	<u> </u>	DI Ta	W E	
	Reference Nu 診療録の番号	Attendi mber of vour Medical R	ng Physician 担 Jecord (if applica		

歯科診療内容明細書

R 7 6 5 4 3 2 1 1 2 2 3 4 5 6 7 8 L R E D C B A A B C D E L R E D C B A A B C D E L R E D C B A A B C D E L R E D C B A A B C D E L R E D C B A A B C D E L R E D C B A A B C D D E L R E D C B A A A B C D D E L R E D C D E L R E D C B A A A B C D D E L R E D C B C D E L R E D C D E D C D E L R E D C D E D C D E L R E D C D E D C D E L R E D C D C	歯 式 永久歯 乳歯							
R	永久歯							
1. 像商名 (1) 分融症 (2) 欠損 (3) 歯槽膿滴 (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 こ 抜幅 こ こ 充填 こ こ インレー 金属冠 ご 総統首 こ こ ジャケット定 こ こ フリッジ 有床義歯 こ 局部義歯 総義歯 こ 建槽騰涌処置 との他 こ			D C B A A	L				
(1) 5 餘症 (2) 欠損 (3) 歯補臓漏 (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 抜糖 充塩 インレー 金属冠 継続僧 ジヤケト冠 ブリッジ 有床義歯 局部裁歯 総裁歯 世職漏処壁 投薬 その他	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				
August	1. 傷病名 (1)う蝕症	(2)欠損 (3) 歯槽膿漏	(4)その他				
August								
August	0 井利沙庄	I 	Г	ı				
大枝値 技値 大填 インレー 金属冠 継続歯 ジャケット冠 フリッジ 有床養歯 総義歯 歯槽膿漏処置 投薬 その他	2. 图件石炼	患歯部位	材料	治療費				
技値 充填 インレー 金属冠 継続値 ジャケット冠 フリッジ 有床義歯 総義歯 歯槽膿漏処置 投薬 その他	初診料							
技術 大坂 元以一 (1) 金属冠 (2) 継続情 (2) ジャケット冠 (2) フリッジ (2) 有床義宙 (2) 局部義歯 (2) 総裁歯 (2) 世種膿漏処置 (2) 投薬 (2) その他 (3)	レントゲン検査							
充填 パンレー 金属冠 継続歯 ジャケット冠 フリッジ 有床義歯 高部義歯 総裁歯 は槽膿漏処置 投薬 その他	技 髄							
インレー 金属冠 継続歯 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	抜歯							
金属冠 継続歯 ジャケット冠 フリッジ 有床義歯 局部義歯 総義歯 技薬 その他	充填							
継続歯 ジャケット冠 フリッジ	インレー							
ジャケット冠 フリッジ 有床義歯 局部義歯 総義歯 歯槽膿漏処置 投薬 その他	金属冠							
フリッジ 有床義歯 局部義歯 総義歯 歯槽膿漏処置 投薬 その他	継続歯							
有床義歯 局部義歯 総義歯 歯槽膿漏処置 投薬 その他	ジャケット冠							
局部義歯 総義歯 歯槽膿漏処置 投薬 その他	フリッジ							
総義歯 歯槽膿漏処置 投薬 その他	 有床義歯							
歯槽膿漏処置 投薬 その他	局部義歯							
投薬 その他	総義歯							
その他	 歯槽膿漏処置							
その他	 投薬							
								
다. 다			合 計					

	翻	訳	者	記	入	欄	
名							
前							
住							
所					電	話	