

**Request to Attending Physician
担当医へのお願い**

- 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なですので、証明をお願いします。
- 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。
- 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。

翻訳者

氏名	(印)
住所	
Tel.	

**Itemized Receipt (Dental)
診療内容明細書・領収明細書(歯科)**

Name of Patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male・Female)
受診者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)

Date of First Diagnosis: _____ Days of Diagnosis and Treatment: _____ days
初診日 診療日数 日間

Type of Treatment and Treatment Date 治療の分類及び治療日

Hospitalization: from _____, 20 _____ to _____, 20 _____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)

Out patient or Home Visit: _____, 20 _____, 20 _____, 20 _____
入院外 _____, 20 _____, 20 _____

Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth 永久歯

Deciduous Teeth 乳歯

R 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 L R e d c b a | a b c d e 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. Name of Illness 傷病名

1. Dental Caries
う蝕症

2. Missing Teeth
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 患術部位	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 歯髄の摘出			
*Extraction 拔牙			
*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			
*Treat of 歯槽膿漏処置 Pyorrhea Aveolaris			
*Medicine 投薬			
*The Others その他			
Total (合計)			

Name and Address of Attending Physician (担当医の名前及び住所)

Name 名前 : Last (姓) _____ First (名) _____

Address (住所): 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)

診療所の番号 _____