

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

Form C
様式 C

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、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記入し、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement/Itemized Receipt(Dental)
診療内容明細書/領収明細書(歯科)

1.Name of Patient(患者名) 健保 太郎 Date of birth(生年月日) 2013 . 8 . 17 Sex(性別) Male • Female

2.Date of first Diagnosis(初診日) 2020 . 4 . 10 Days of Diagnosis and Treatment(診療日数) 5 days

3.Type of Treatment and Treatment Date(治療の分類及び治療日)

Hospitalization From / / to / / (days)
入院 自 / / 至 / / (日間)

Outpatient or Home Visit 2020 / 4 / 10 . 2020 / 4 / 30
入院外 / / . / /

4.Localization of Teeth(部位)	
Permanent Teeth(永久歯) R 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L	Deciduous Teeth(乳歯) R e d c b a a b c d e L e d c b a a b c d e L

5.Name of Illness(傷病名)			
(1)Dental Caries(5 蝕症)	(2)Missing Teeth(欠損)	(3)Pyorrhea Alveolaris(歯槽膿漏)	(4)The Others(その他) (<u>歯肉炎</u>)
_____	_____	_____	_____

6.Dental Treatment(歯科治療)	Localization of Teeth Examined(患歯部位)	Date(診療日)	Material(材料)	Fee(治療費)
Initial Office Visit(初診料)		2020.4.10		200
X-Ray Examination(レントゲン検査)				
Dental Pulp Extirpation(抜髄)				
Operation(手術)				
Extraction(抜歯)				
Filling(充填)	13. 14. 15. 16	2020.4.30	光重合レンジ	740
Inlay(インレー)				
Metal Crown(金属冠)				
Post Crown(継続歯)				
Jacket Crown(ジャケット冠)				
BridgeWork(ブリッジ)				
PlateDenture(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 Others(その他)				
Total 合計				940

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

Name Last(姓) 金 First(名) 竜王 Title(称号)

Address Home(自宅) Phone(電話)

Office(病院または診療所) 〇〇省〇〇市〇〇区通り 1234号 Phone(電話) 1234-5672-1233

Date(日付) 2020 . 4 . 30

Signature(署名) 金 竜王
Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 8856

様式C 日本語訳

5. 傷病名

(4)その他

虫歯治療、 歯肉炎

6. 歯科治療

	患歯部位	診療日	材料	治療費
初診料		2020.4.10		200
レントゲン検査				
抜髄				
手術				
抜歯				
充填	13.14.15.16	2020.4.30	光重合レンジ	740
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				940

翻訳者

住所 _____

氏名 _____

電話 _____