Form B (様式B)

Request to the Dental Surgeon
歯科医師へのお願い

1. 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 Dental Surgeon.
   この様式は歯科医師が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
   各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

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

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 _____ , _____ , 20
Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days 日間

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
R 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
R e d c b a | a b c d e L

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 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
(1) Initial Office Visit 初診料			
(2) X-Ray Examination レントゲン検査			
(3) Dental Pulp Extirpation 抜髄			
(4) Extraction 抜歯			
(5) Filling 充填			
(6) Inlay インレー			
(7) Metal Crown 金属冠			
(8) Post Crown 継続歯			
(9) Jacket Crown ジャケット冠			
(10) Bridge Work ブリッジ			
(11) Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			
(12) Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置			
(13) Medicine 投薬			
(14) The Others その他 ( )			
(15) Total 合計	(Unit is) 通貨単位		

Name and Address of the Dental Surgeon
歯科医師の名前および住所

Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話

: Office 歯科医院 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 _____