

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 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。
2. 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。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.
各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性別	☐ M 男	☐ F 女
Initial Visit 初診日	Date of Services 診療日数			
Diagnosis/Symptoms 診断/症状				
☐ Sick 疾病 ☐ Preventive care 予防的診療 ☐ Physical Check-up 健康診断 ☐ Immunization 予防接種 ☐ Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠				

Description of Services 診療内容	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Fee 料金
1. Outpatient 外来 Date of Services 受診日 Initial Visit 初診日 Subsequent Visit 再診日 Total 合計 Visits 回		6. Hospitalization 入院 From Admission入院 To Discharge退院 Total 合計 Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 Room, Food, etc. 室料・食事療養	
2. Medication 投薬 ☐ Yes ☐ No Pharmacy 薬剤 quantity 数量 × × × ×		7. Operation 手術 Fixation 固定 Dressing 洗浄 Other Procedure(specify) その他処置	
3. ☐ Injection 注射 ☐ IV Treatment 点滴 Pharmacy 薬剤 quantity 数量 × ×		8. Anesthesia 麻酔 ☐ Local 局部 ☐ Spinal 脊椎 ☐ General 全身	
4. Laboratory / Clinical Exam(Specify) 検査 ☐ Urine 尿 ☐ Blood 血液 ☐ ECG (EKG) 心電図 ☐ Ultrasound 超音波検査		9. Operation 手術室 Emergency room 緊急治療室	
5. Physiotherapy 理学療法 Times 回		10. Radiology 画像診断 ☐ X-ray レントゲン診断 ☐ Ultrasound 超音波検査 ☐ CT コンピュータ断層撮影 ☐	
		11. Other その他 ☐ ☐ ☐ Medical Certificate 診断書	

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office 医師の氏名及び住所 又は病院、診療所の名称及び所在地	Total Fee 合計
--	-----------------

Date 日付	Physician's Signature 医師の署名
------------	--------------------------------

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 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。
2. 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。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.
各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。
4. Please specify material, for items marked ※ ※印の項目については材質も明記してください。

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

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex 性別		☐ M 男		☐ F 女	
Initial Visit 初診日		Date of Services 診療日数		days 日間		From To			
Diagnosis/Symptoms 診断/症状									
Tooth Number 歯式 治療した歯に○をつけてください									
Permanent Tooth 永久歯									
Milky Tooth 乳歯									
R									
L									
R									
L									
Services 診療内容									
Tooth No. 歯式									
Fee 料金									
8. Filling 充填									
Amal. アマルガム									
1. Serf 面									
2. Serf									
3. Serf									
Comp. 複合レジン									
1. Serf 面									
2. Serf									
3. Serf									
※Other (Material) その他									
9. Inlay/Onlay (Material) ※									
インレー/オンレー 材料									
10. Amal./Comp. Build-up									
アマルガム・複合レジンによる支台築造									
Post c Core メタルコア									
※Other (Material) その他									
11. Crown 冠									
Porcelain/Gold ポーセレン・金									
Silver alloy 銀合金									
※Other (Material) その他									
12. Bridge Work フラッシュ									
Abut (Material) 材料									
支台歯									
Pontic (Material) 材料									
タミー									
13. Plate Denture (Material) ※									
有床義歯 材料									
14. Other (specify) その他 ※									
Services 診療内容									
Tooth No. 歯式									
Fee 料金									
1. Examination 診療									
2. X-ray レントゲン診断									
Bite-wings 咬翼型 ×									
Periapical 標準型 ×									
Panoramic パノラマ ×									
Models ステディモデル									
3. Medication ☐ Yes ☐ No									
投薬 ☐ Gargle うがい薬									
☐ Antibiotic 抗生剤									
☐ Antalgic 鎮痛剤									
Other (specify) その他									
4. Prophylaxies/Scaling									
歯垢 ← 歯垢除去									
Fluoride フッ化物塗布									
5. Extraction 抜歯									
6. Perio-dental Scaling/Root Planing									
歯肉下歯石除去・根面平滑化									
Gingival Curettage									
盲嚢搔爬									
7. Pulp Cap 歯髄覆									
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄									
Root Canal Therapy									
根幹治療 1. canal 根管									
2. canal									
3. canal									
Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office									
医師の氏名及び住所 又は病院、診療所の名称及び所在地									
Total Fee 合計									
Date 日付									
Physician's Signature 医師の署名									