

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 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.
月ごと、入院・入院外ごとに、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 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性別
		☐ M 男 ☐ F 女
Date of first Diagnosis 初診日	Days of Diagnosis and Treatment 診療日数	days 日間

Permanent Tooth 永久歯 (Tooth Number 歯式)	Identify examined teeth. 該当する部位を○で囲み病名をつけてください。																																	
R <table><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr></table>	8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr></table> L	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	(C) Cavity 虫歯 (F) missing teeth 欠歯 (G) stomatitis 口内炎 (P) Phrrhes alveolaris 歯槽膿漏 (Z) extraction needed 要抜歯
8	7	6	5	4	3	2	1																											
8	7	6	5	4	3	2	1																											
1	2	3	4	5	6	7	8																											
1	2	3	4	5	6	7	8																											

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
(1) Examination 診療			Comp.複合レジン 1.Serf		
(2) X-ray レントゲン診断			2.Serf		
Bite-wings 咬翼型 ×			3.Serf		
Periapical 標準型 ×			Other (Material)※		
Panoramic パノラマ ×			その他		
Models スタディモデル			(9) Inlay / Onlay (Material)※		
(3) Medication 投薬			インレー / アンレー		
☐ Yes ☐ No			(10) Amal./Comp.Build-up		
(4) Prophylaxies / Scaling			アマルガム・複合レジンによる支台築造		
歯垢 歯垢除去			Post c Core メタルコア		
Fluoride フッ化物塗布			Other (Material)※		
(5) Extraction 抜歯			その他		
(6) Perio-dontal Scaking			(11) Crown 冠		
/Root planing			Porcelain / Gold ボーレセン/金		
歯肉下歯石除去・根面平滑化			Silver alloy 銀合金		
Gingival Curettage			Other (Material)※		
盲嚢搔爬			その他		
(7) Pulp Cap 歯髄覆			(12) Bridge Work フリッジ		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			Abut (Material)※		
Root Canal Therapy			支台歯		
根管治療 1canal 根管			Pontic (Material)※		
2canal			タミー		
3canal					
(8) Filling 充填			(13) Plate Denture (Material)※		
Amal. アマルガム 1.Serf 面			有床義歯		
2.Serf			(14) Other (Material)※		
3.Serf			その他		
			Unit is (通貨単位)		Total Fee (合計)

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所		
Name	Last(姓)	First(名)
Title(称号)		
Address	Home(自宅)	Phone(電話)
	Office(病院又は診療所)	Phone(電話)
Date	Signature of the Attending Physician	
日付	担当医の署名	
Reference Number of your Medical Record (if applicable)		
診療録の番号		

(8)～(14)で※がついている項目に医師の記入がある場合は必ず翻訳してください。