

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 <input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> 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。																																		
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">R</td> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td rowspan="2">L</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> <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>	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	(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
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																			

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		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			(10) Amal./Comp.Build-up		
(4) Prophylaxies / Scaling 歯垢 歯垢除去			アマルガム・複合レジンによる支台築造		
Fluoride フッ化物塗布			Post c Core メタルコア		
(5) Extraction 抜歯			Other (Material)※		
(6) Perio-dontal Scaking /Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			その他		
Gingival Curettage 盲嚢掻爬			(11) Crown 冠		
(7) Pulp Cap 歯髄覆			Porcelain / Gold ボーレン/金		
Pulpotomy 歯髄切斷・抜髄			Silver alloy 銀合金		
Root Canal Therapy 根管治療			Other (Material)※		
1canal 根管			その他		
2canal			(12) Bridge Work フリッジ		
3canal			Abut (Material)※		
(8) Filling 充填			支台歯		
Amal. アマルガム 1.Serf 面			Pontic (Material)※		
2.Serf			タミー		
3.Serf			(13) Plate Denture (Material)※		
			有床義歯		
			(14) Other (Material)※		
			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 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。

翻 訳

※ (8) 充填・その他

※ (9) インレー/アンレー

※ (10) 支台築造・その他

※ (11) 冠・その他

※ (12) ブリッジ

※ (13) 有床義歯

※ (14) その他

(翻訳者)

住所 _____

氏名 _____ ⑩

電話番号 _____