

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 social insurance benefit.
この様式は患者の社会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、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。

Form C
様式 C

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

医療機関にご依頼ください。

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____		Age (Date of birth) 年齢 (生年月日) _____		Sex 性別 (Male・Female)		
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____			3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days			
Localization of Teeth 部位						
Permanent teeth 永久歯			Primary teeth 乳歯			
Upper	R.	1 2 3 4 5 6 7 8	9 10 11 12 13 14 15 16	L.	R.	
Lower	R.	32 31 30 29 28 27 26 25	24 23 22 21 20 19 18 17	L.	R.	
					Upper	
					Lower	
Name of Illness 傷病名						
1.Dental Caries う蝕 2.Gingivitis and periodontal 歯肉炎及び歯周疾患						
3.Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害 4.The Others その他						
Type of Treatment 治療の分類						
Dental Treatment	歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
			MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit	初診料					
X-Ray Examination	X線検査					
Dental Pulp Extirpation	抜髄					
Operation	手術					
Extraction	抜歯					
Filling	充填					
Inlay	インレー					
Metal Crown	金属冠					
Post Crown	継続歯					
Jacket Crown	ジャケット冠					
Bridge Work	ブリッジ					
Plate Denture	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						
Name and Address of Attending Physician						
担当医の名前及び住所						
Name(名前)	Last(姓)	First(名)	Title(称号)			
Address(住所)	Home(自宅)		Phone(電話)			
	Office(病院又は診療所)		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 _____						