

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。

Form C
様式 C

Attending Dentist's Statement 歯科医療内容明細書

1. 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) _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	

Permanent tooth (Upper) (RIGHT) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 (LEFT) (Lower) (RIGHT) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 (LEFT)	Primary tooth (RIGHT) e d c b a a b c d e (LEFT) (RIGHT) e d c b a a b c d e (LEFT)
--	---

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 診察		_____	8. Filling Amal 充填 アマル	1 serf. _____	_____
2. X-ray レントゲン	Bite-wings × 咬翼型	_____	ガム	2 serf. _____	_____
診断	Periapical × 標準型	_____	Comp. 複合	3 serf. _____	_____
Panoramic × パノラマ	_____	_____	レジン 面	1 serf. _____	_____
3. Medication 投薬	<input type="checkbox"/> Gargle うがい薬	<input type="checkbox"/> Antibiotic 抗生剤	9. Inlay / Onlay インレー・アンレー	2 serf. _____	_____
Other(specify) その他(内容を明記)	<input type="checkbox"/> Antalgic 鎮痛剤	_____	Material 材料	3 serf. _____	_____
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯石除去	_____	_____	10. Amal. / Comp. Build-up 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	_____	_____	11. Crown 冠	Material 材料	_____
6. Periodontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化	_____	_____	Porcelain / Gold ・ Silver Alloy ポーセレン・金 銀合金	_____	_____
Gingival Curettage 盲嚢搔爬	_____	_____	Other その他	_____	_____
7. Pulp Cap 歯髄覆罩	_____	_____	12. Bridge Work ブリッジ	Abut 支台歯	_____
Pulpotomy 歯髄切断・抜随	_____	_____	Material 材料	_____	_____
Root Canal Therapy 根管治療	_____	_____	Pontic ダミー	_____	_____
1 Canal	_____	_____	13. Plate Denture 有床義歯	_____	_____
2 Canal	_____	_____	Material 材料	_____	_____
3 Canal	_____	_____	14. Other(specify) その他	_____	_____
根管	_____	_____	(材料・内容を明記)	_____	_____

Total Fee
合計

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 (病院または診療所) _____ Phone _____
 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