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 診 療 内 容 明 細 書

Name of Patient(Last,First)
患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Date of Birth　Sex □M □F
生年月日＿＿＿＿.＿＿＿＿.＿＿＿＿　性別（男 ・ 女）

Date of first Diagnosis
初診日＿＿＿＿.＿＿＿＿.＿＿＿＿

Date of Diagnosis Treatment
診療日数＿＿＿＿＿＿days

R Permanent Tooth 永久歯 L	R Milky Tooth 乳歯 L
(Upper) 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8	(Upper) e d c b a | a b c d e
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 (Lower)	e d c b a | a b c d e (Lower)

Type of Treatment　治療の分類

Service(診療内容)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material（材料）	Fee（治療費）
Initial Office Visit　初診料			
X-Ray Examination レントゲン検査			
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 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）　: Office(病院または診療所)　Phone

Date（日付）　: ＿＿＿＿.＿＿＿＿.＿＿＿＿　Signature(署名)

■邦訳（C）

R Permanent Tooth 永久歯 L	R Milky Tooth 乳歯 L
(Upper) 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8	(Upper) e d c b a | a b c d e
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 (Lower)	e d c b a | a b c d e (Lower)

治療の分類

Service（診療内容）	Localization of Teeth Examined （患歯部位）	Material（材料）	Fee（治療費）
初診料			
レントゲン検査			
抜髄			
手術			
抜歯			
充填			
インレー			
金属冠			
継続歯			
ジャケット冠			
ブリッジ			
有床義歯 局部義歯 総義歯			
歯槽膿漏処置			
投薬			
その他			
		合計	

翻訳者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿