

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.
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

FormC (様式C)

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) (D(日)M(月)Y(年)) Sex (Male · Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ (/ /) 性別(男・女)

2. Date of first Diagnosis 3. Days of Diagnosis and Treatment
初診日 D(日)M(月)Y(年) _____ / _____ / _____ 診療日数 _____ days

Permanent tooth (永久歯)										Primary tooth (乳歯)																			
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L	R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

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 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 Material()					
Metal Crown 金属冠 Material()					
Post Crown 継続歯 Material()					
Jacket Crown ジャケット冠 Material()					
Bridge Work ブリッジ Material()					
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 Other その他					
Total 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 _____

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 _____

様式 C 邦訳

Permanent tooth (永久歯)										Primary tooth (乳歯)											
8 7 6 5 4 3 2 1					1 2 3 4 5 6 7 8					E D C B A					A B C D E						
R										L	R										L
8 7 6 5 4 3 2 1					1 2 3 4 5 6 7 8					E D C B A					A B C D E						

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー 素材()					
金属冠 素材()					
継続歯 素材()					
ジャケット冠 素材()					
ブリッジ 素材()					
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 _____ (印)

電話 _____
