TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
   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 for each hospitalization / outpatient visit (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。

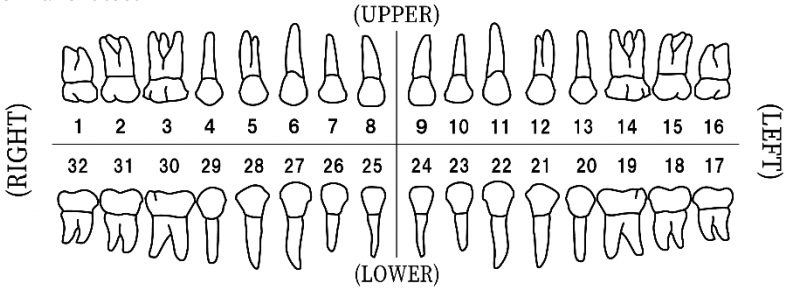
Form C
様式 C

Attending Dentist's Statement
歯 科 診 療 内 容 明 細 書

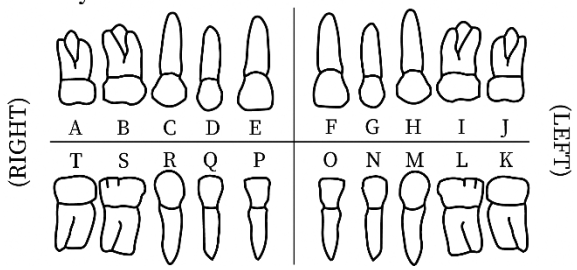
Name of Patient (Last, First) 患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	Date of Birth (D / M / Y) 生年月日＿＿＿.＿＿＿.＿＿＿	Sex Male ・ Female 性別
Date of Initial Visit (D /M / Y) 初診日＿＿＿.＿＿＿.＿＿＿	No. Days of Visit/Treatment 診療日数 ＿＿＿＿ days	Medical Record Number 診療録番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

*Please circle the treated tooth 治療した歯に○をつけてください

Permanent teeth



Primary teeth



TYPE OF TREATMENT 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. and Surface 患歯部位	Date D	 M	 Y	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 *Material 素材( )					
Metal Crown 金属冠 *Material 素材( )					
Post Crown 継続歯 *Material 素材( )					
Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材( )					
Bridgework ブリッジ *Material 素材( )					
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					
Medication 投薬					
Other その他					
			Total 合計		

ATTENDING DENTIST INFORMATION 担当歯科医情報欄

Medical Institution Name:(医療機関名)

Address:(住所)

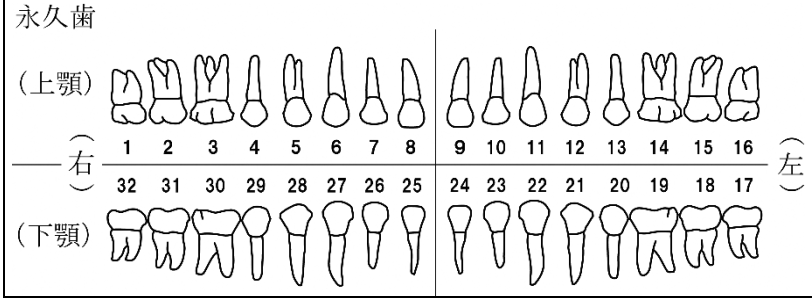
Name of Dentist:(担当歯科医) Title:(称号)

Signature:(署名) Phone:(電話)

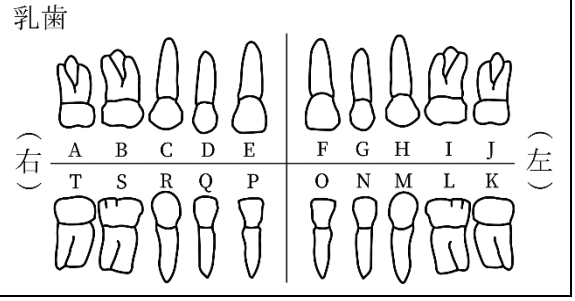
Date Completed:(作成年月日) . .

様式Ｃ　　邦訳

永久歯



乳歯



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		日	月	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充塡					
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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿