

Request to Attending Physician
 担当医へのお願い

1. Please fill on this form so that patient may claim the social insurance benefit. (この様式は患者の社会保険給付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書き、かつ署名して下さい。)

3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient. (毎月毎、入院・入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。)

4. Please specify material, for items marked ※ (※印の項目については材質も明記して下さい。)

Form C

Attending Physician's Statement 診療内容明細書（歯科）

Name of Patient 患者名										Date of Birth 生年月日										Sex 性別										☐ M 男										☐ F 女									
Initial Office Visit 初診日										Days of Services 診療日数																														_____ days 日間									
Tooth Number 歯式																																																	
Permanent Tooth															Milky Tooth 乳歯																																		
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 8 7 6 5 4 3 2 1								#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16 1 2 3 4 5 6 7 8								#A #B #C #D #E E D C B A							#F #G #H #I #J A B C D E																										
R								L								R							L																										
8 7 6 5 4 3 2 1 #32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25								1 2 3 4 5 6 7 8 #24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17								E D C B A #T #S #R #Q #P							A B C D E #O #N #M #L #K																										
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 診療																				Comp. 複合レジン 1.Serf																													
2.X-ray レントゲン診断																				2.Serf																													
Bite-wings 咬翼型 ×																				3.Serf																													
Periapical 標準型 ×																				※Other (Material)																													
Panoramic パノラマ ×																				その他 _____																													
Models スタディモデル																				※9.Inlay / Onlay (Material)																													
3.Medication ☐ yes ☐ no 投薬																				インレー アンレー _____																													
																				10.Amal. / Comp. Build - up																													
4.Prophylaxies / Scaling																				アマルガム・複合レジンによる支台築造																													
歯垢 ←歯垢除去																				Post c Core マタルコア																													
Fluoride フッ化物塗布																				※Other (Material)																													
5.Extraction 抜歯																				その他 _____																													
6.Perio – dental Scaling / Root Planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化																				11.Crown 冠																													
																				Porcelain / Gold ポーセレン・金																													
																				Silver alloy 銀合金																													
Gingival Curettage 盲嚢搔爬																				※Other (Material)																													
7.Pulp Cap 歯髄覆																				12.Bridge Work ブリッジ																													
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄																				Abut (Material)																													
Root Canal Therapy																				支台歯																													
根管治療 1 canal 根管																																																	
2 canal																																																	
3 canal																																																	
8.Filling 充填																				※13.Plate Denture (Material)																													
Amal. アマルガム 1.Serf 面																				有床義歯 _____																													
2.Serf																				※14.Other (Material)																													
3.Serf																				その他 _____																													
																				Total Fee 合計																													

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医院の名称及び所在地	
Date 月日	Signature 署名

申請者の方へ ※印がついている項目に医師の記入がある場合は必ず和訳をつけて下さい。
材質の場合は具体的にどのようなものか訳して下さい。