

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は、患者の社会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 dental surgeon.
この様式は、担当する歯科医が書き、かつ署名して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院、入院外毎につき、この様式が1枚必要です。

(注)担当医師以外、
記載不可

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

Name of Patient 受診者氏名 _____ Age 年齢 _____ Sex (Male Female) 性別

Date of first Diagnosis 初診日 _____

Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days

Localization of Teeth 部位			
Permanent Teeth 永久歯		Deciduous Teeth 乳歯	
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	edcba	abcde
R 8 7 6 5 4 3 2 1	L 1 2 3 4 5 6 7 8	R edcba	L abcde

1. Name of Illness 傷病名			
1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4. The Others その他

2. Dental Treatment 歯科治療	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			
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			

Name and Address of Dental Surgeon 歯科医師の氏名及び住所
 Name 歯科医師の氏名 _____ Signature 署名 _____ Total 合計
 Address 歯科医院の名称・所在地 _____ Office _____ Phone _____

Date 日付 _____