

Request to Attending Physician (担当医へのお願い)

1. Please fill on this form so that patient may claim the National Health insurance benefit.
(この様式は患者の国民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、署名して下さい。)
3. 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。)
4. One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.
(各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。)

Separate receipt required for prescriptions. (薬材料は別に処方箋を添付のこと。)

**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 <input type="checkbox"/> M · <input type="checkbox"/> F 性別 男 女	
Initial Office Visit 初診日		Days of Services _____ days 診療日数 日間			
Permanent Tooth		Tooth Number 歯式		Milky 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 E D C B A A B C D E
Identify examined teeth : (該当する部位を○で囲み病名をつける) ・Cavity (C) (虫歯) ・missing teeth (F) (欠歯) ・stomatitis (G) (口内炎) ・Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏) ・extraction needed (Z) (要抜歯)					
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 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			インレー アンレー		
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ←歯垢除去			10. Amal./Comp.Build-up		
Fluoride フッ化物塗布			アマルガム・複合レジンによる支台築造		
5. Extraction 抜歯			Post c Core マルコア		
6. Perio-dontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			※Other (Material)		
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			その他 _____		
7. Pulp Cap 歯髄覆			11. Crown 冠		
Pulpotomy 歯髄切斷・抜髄			Porcelain / Gold ホーセレン・金		
Root Canal Therapy 根管治療 1 canal 根管			Silver alloy 銀合金		
2 canal			※Other (Material)		
3 canal			その他 _____		
8. Filling 充填			※12. Bridge Work ブリッジ		
Amal. アマルガム 1.Serf 面			Abut (Material)		
2.Serf			支台歯		
3.Serf			Pontic (Material)		
			ダミー		
			※13. Plate Denture (Material)		
			有床義歯 _____		
			※14. Other (Material)		
			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 日付		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<別紙>に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が訳して下さい。

< 別 紙 >

(歯科)

和訳 (各項目の材質を和訳すること)

※8. 充填・その他

※9. インレー・アンレー

※10. 支台築造・その他

※11. 冠・その他

※12. ブリッジ

※13. 有床義歯

※14. その他(項目明記)

翻訳者記入欄	
名前	印/サイン
住所	電話 _____