

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 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。
- 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 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	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

(UPPER)																									
(RIGHT)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	(LEFT)								
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17									
(LOWER)																									
(RIGHT)																	(LEFT)								
(RIGHT)	T	S	R	Q	P												(LEFT)								

TYPE OF TREATMENT 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. and Surface 患歯部位	Date			Fee 治療費
		D	M	Y	
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)

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					

電話

印