

Request to Attending Physician

担当歯科医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
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、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form 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。

Attending Physician Statement

歯科診療内容明細書

1. Name of patient (Last,First) 患者名 _____	Age (Date of Birth) 年齢 (生年月日) _____	Sex (Male・Female) 性別 (男・女) _____
---	-------------------------------------	----------------------------------

2. Date of first Diagnosis 初診日 _____
Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days

3. teeth Number 歯式	
Permanent Tooth 永久歯	Milky Tooth 乳歯
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 #9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16 R 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L #32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25 #24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17	#A #B #C #D #E #F #G #H #I #J R E D C B A A B C D E L E D C B A A B C D E #T #S #R #Q #P #O #N #M #L #K

Name of Illness 傷病名			
1. Dental Caries う蝕	2. Missing Teeth 欠損	3. Periodontal Diseases 歯周病	4. The Others その他 ()

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 診察		_____	(8) Filling Amal. ① surf. 面	_____	_____
(2) X-ray レントゲン診断		_____	充填 アマルガム ② surf.	_____	_____
Bite-wings 咬翼型 ×		_____	③ surf.	_____	_____
Periapical 標準型 ×		_____	Filling Comp. ① surf. 面	_____	_____
Panoramic パノラマ ×		_____	充填 複合レジン ② surf.	_____	_____
(3) Medication 投薬 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		_____	③ surf.	_____	_____
(4) Prophylaxis / Scaling 歯垢 ← 歯垢除去		_____	(9) Inlay / Onlay インレー・オンレー	_____	_____
Fluoride フッ化物塗布		_____	(10) Amal./Comp. Build-up	_____	_____
(5) Extraction 抜歯		_____	充填物による支台築造	_____	_____
(6) Periodontal Scaling / Root planing		_____	Post & Core メタルコア	_____	_____
歯肉下歯石除去・根面平滑化		_____	(11) Crown 冠	_____	_____
Gingival Curettage 盲嚢搔爬		_____	Porcelain / Gold ポーセレン・金	_____	_____
(7) Pulp Cap 歯髄覆罩		_____	Silver Alloy 銀合金	_____	_____
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄		_____	(12) Bridge Work ブリッジ	_____	_____
Root Canal Therapy 根管治療		_____	Abutment 支台歯	_____	_____
① Canal 根管		_____	Pontic ポンティック	_____	_____
② Canal		_____	(13) Plate Denture 有床義歯	_____	_____
③ Canal		_____	(14) Other その他	_____	_____
			Total Fee 合計		

4. Name and Address of Attending Physician 医師の氏名及び医院の名称及び所在地 Unit is 通貨単位 _____

Name 名前: Last 姓 _____ First 名 _____

Address: Home (自宅) _____ Phone _____

Office (病院又は診療所) _____ Phone _____

Date 日付 _____ Attending Physician Signature 医師の署名 _____