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 ☐M ・ ☐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
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			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）（ロ内炎） ・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. 複合ﾚｼﾞﾝ 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） その他 ____________		
Panoramic パノラマ ×					
Models スタディモデル			※9. Inlay / Onlay (Material) ｲﾝﾚｰ ｱﾝﾚｰ____________		
3. Medication ☐ yes ☐ no 投薬					
			10. Amal./Comp.Build-up		
4. Prophylaxies / Scaling			ｱﾏﾙｶﾞﾑ・複合ﾚｼﾞﾝによる支台築造		
歯垢 ←歯垢除去			Post c Core ﾒﾀﾙｺｱ		
Fluoride フッ化物塗布			※Other（Material） その他 ____________		
5. Extraction 抜歯					
6. Perio-dontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			11. Crown 冠		
			Porcelain / Gold ﾎﾟｰｾﾚﾝ・金		
			Silver alloy 銀合金		
Gingival Curettage 盲嚢掻爬			※Other（Material） その他 ____________		
7. Pulp Cap 歯髄覆			※12. Bridge Work ﾌﾞﾘｯｼﾞ		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			Abut 支台歯 (Material)		
Root Canal Therapy					
根管治療 1 canal 根管					
2 canal			Pontic ﾀﾞﾐｰ (Material)		
3 canal					
8. Filling 充填			※13. Plate Denture (Material) 有床義歯 ____________		
Amal. ｱﾏﾙｶﾞﾑ 1.Serf 面					
2.Serf			※14. Other (Material) その他 ____________		
3.Serf					
			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か訳して下さい。

＜ 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	
住 所	電話＿＿＿＿＿＿＿＿