

Request to Attending Physician
 担当医へのお願い

- Please fill in this form so that patient may claim the socila 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 attending physician.
 この様式は担当医が記入し、かつ署名して下さい。
- 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。
- If not in dollars,please specify the unit used.
 ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。
- Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e.,payment for a luxurious room charge.
 高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

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 性別 | | <input type="checkbox"/> M 男 | | <input type="checkbox"/> F 女 | | | |
| Initial Office Visit 初診日 | | | | Days of Services 診療日数 | | | | | | days 日間 | |
| Localization of Tooth 部位 | | | | | | | | | | | |
| Permanent Tooth 永久歯 | | | | | Deciduous Tooth 乳歯 | | | | | | |
| R | | 87654321 12345678 | | | L | | R | | E D C B A A B C D E | | |
| R | | 87654321 12345678 | | | L | | R | | E D C B A A B C D E | | |
| Name of Illness 傷病名 | | | | | | | | | | | |
| 1. Dental Caries う触症 | | 2. Missing Tooth 欠損 | | | 3. Periodontal Diseases 歯周病 | | | 4. The Others その他 | | | |
| Services 診療内容 | | | | Fee 料金 | | Services 診療内容 | | | | Fee 料金 | |
| 1. Examination 診察 | | | | | | 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 歯石 ← 歯石除去 | | | | | | 10. Amal./Comp.Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造 | | | | | |
| Fluoride フッ化物塗布 | | | | | | Post c Core メタルコア | | | | | |
| 5. Extraction 抜歯 | | | | | | ※Other (Material) | | | | | |
| 6. Perio-dontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化 | | | | | | その他 | | | | | |
| Gingival Curettage 盲嚢搔爬 | | | | | | 11. Crown 冠 | | | | | |
| 7. Pulp Cap 歯髄覆 | | | | | | Porcelain / Gold ポーセレン・金 | | | | | |
| Pulpotomy 歯髄切断・抜髄 | | | | | | Silver alloy 銀合金 | | | | | |
| Root Canal Therapy 根管治療 1 canal 根管 | | | | | | ※Other (Material) | | | | | |
| 2 canal | | | | | | その他 | | | | | |
| 3 canal | | | | | | 12. Bridge Workブリッジ | | | | | |
| 8. Filling 充填 | | | | | | Abut (Material) | | | | | |
| Amal. アマルガム 1.Serf 面 | | | | | | 支台歯 | | | | | |
| 2.Serf | | | | | | Pontic (Material) | | | | | |
| 3.Serf | | | | | | ダミー | | | | | |
| Unit is 貨幣単位 | | | | | | ※ 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
月日

Signature
署名

邦 訳（各項目の材質を邦訳すること）

- 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 |

- 申請者の方へ
- 1. ※印がついている項目に医師の記入がある場合は上の邦訳部分に必ず和訳をつけて下さい。
 - 2. 使用した材質は具体的にどのようなものか訳して下さい。

(領収書原本貼付用)

領 収 書 の り 付 け 欄