

## Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 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。
- 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 one form for hospitalization/outpatient (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。

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 \_\_\_\_\_

2. Age (Date of birth) 年齢 (生年月日) \_\_\_\_\_ 3. Sex 性別 Male 男・Female 女

4. Date of First Diagnosis 初診日 \_\_\_\_\_ 5. Days of Diagnosis and Treatment 診 \_\_\_\_\_ days

6. Name of Illness 傷病名  Dental Caries う蝕症  Missing Teeth 欠損  Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏  
 The Others その他 ( \_\_\_\_\_ )

7. Localization of Teeth 部位

Permanent tooth 永久歯										primary 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	

8. Type of Treatment 治療の分類 ( Currency unit 通貨単位 \_\_\_\_\_ )

Dental Treatment (歯科治療)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Date			Fee (治療費)
			MO.	DA.	YR.	
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)						
Metal Crown (金属冠)						
Post Crown (継続歯)						
Jacket Crown (ジャケット冠)						
Bridge Work (ブリッジ)						
Plate 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)						
Medicines (投薬)						
The Others (その他)						
Total (合計)						

9. Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

Home Address 自宅住所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Office Address 病院又は診療所の住所 \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所の名称 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 \_\_\_\_\_

# 様式C 翻訳

## 治療の分類

歯科治療	患歯部位	材 料	治療費
初診料			
レントゲン検査			
抜 髄			
手 術			
抜 歯			
充 填			
インレー			
金属冠			
継続歯			
ジャケット冠			
ブリッジ			
有床義歯			
局部義歯			
総義歯			
歯槽膿漏処置			
投 薬			
その他			
合 計			

翻 訳 者

令和 年 月 日

氏 名

住 所

電話番号