

Form C

(様式C)

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。

Attending Dentist's Statement 歯科診療内容明細書兼領収明細書

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 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	

Tooth Number (歯式) Permanent Tooth (永久歯) R <table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>32</td><td>31</td><td>30</td><td>29</td><td>28</td><td>27</td><td>26</td><td>25</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td></tr> <tr><td>24</td><td>23</td><td>22</td><td>21</td><td>20</td><td>19</td><td>18</td><td>17</td></tr> </table> L	1	2	3	4	5	6	7	8	32	31	30	29	28	27	26	25	9	10	11	12	13	14	15	16	24	23	22	21	20	19	18	17	Primary Tooth (乳歯) R <table border="1"> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td>T</td><td>S</td><td>R</td><td>Q</td><td>P</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td>F</td><td>G</td><td>H</td><td>I</td><td>J</td></tr> <tr><td>O</td><td>N</td><td>M</td><td>L</td><td>K</td></tr> </table> L	A	B	C	D	E	T	S	R	Q	P	F	G	H	I	J	O	N	M	L	K
1	2	3	4	5	6	7	8																																														
32	31	30	29	28	27	26	25																																														
9	10	11	12	13	14	15	16																																														
24	23	22	21	20	19	18	17																																														
A	B	C	D	E																																																	
T	S	R	Q	P																																																	
F	G	H	I	J																																																	
O	N	M	L	K																																																	

Name of Illness (傷病名)			
1. Dental Caries (う蝕症) _____	2. Missing Tooth (欠損) _____	3. Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏) _____	4. The Others (その他) _____

■ Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	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					

Unit is 通貨単位 _____

■ 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) _____

Office Address (病院または診療所の住所) _____

Office (病院または診療所の名称) _____ Phone(電話) _____

Date (日付) _____ Attending Physician's Signature(担当医署名) _____

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

■ 様式C (邦訳)

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
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 記 入 欄	
氏名	
住所	
電話	