

Request to Attending Physician
担当歯科医へのお願い

- 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、かつ署名して下さい。
- 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 | | |
| #1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 | #9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16 | Milky Tooth 乳歯 |
| R 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 L | #A #B #C #D #E #F #G #H #I #J |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 | R E D C B A A B C D E L |
| #32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25 | #24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17 | #T #S #R #Q #P #O #N #M #L #K |
| Name of Illness 傷病名 | | |
| 1. Dental Carics 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・アンレー | | |
| 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 Metal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 _____