

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	Milky Tooth 乳歯																
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8</td> <td>#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16</td> </tr> <tr> <td>R 8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8 L</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25</td> <td>#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17</td> </tr> </table>	#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8	#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16	R 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 L	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25	#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>#A #B #C #D #E</td> <td>#F #G #H #I #J</td> </tr> <tr> <td>R E D C B A</td> <td>A B C D E L</td> </tr> <tr> <td>E D C B A</td> <td>A B C D E</td> </tr> <tr> <td>#T #S #R #Q #P</td> <td>#O #N #M #L #K</td> </tr> </table>	#A #B #C #D #E	#F #G #H #I #J	R E D C B A	A B C D E L	E D C B A	A B C D E	#T #S #R #Q #P	#O #N #M #L #K
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8	#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16																
R 8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 L																
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8																
#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25	#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17																
#A #B #C #D #E	#F #G #H #I #J																
R E D C B A	A B C D E L																
E D C B A	A B C D E																
#T #S #R #Q #P	#O #N #M #L #K																

Name of Illness 傷病名
1. Dental Caries 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 メタルコア		
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 _____