

## Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1.Please fill on this form so that patient may claim the social 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。

2.This form should be completed and signed by the attending physician この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。

3.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。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書(歯科)

|  |  |  |  |  |           |  |                             |  |  |                 |  |           |  |
|--|--|--|--|--|-----------|--|-----------------------------|--|--|-----------------|--|-----------|--|
| Name of Patient<br>患者名   |  |  | Date of Birth<br>生年月日                        |  |           | Sex <input type="checkbox"/> M • <input type="checkbox"/> F<br>性別 男 女                            |                             |  |  |                 |  |           |  |
| Initial Office Visit<br>初診日  |  |  | Days of Services _____ days<br>診療日数 _____ 日間 |  |           |  |                             |  |  |                 |  |           |  |
| Tooth Number 歯式  |  |  |  |  |           |  |                             |  |  |                 |  |           |  |
| Permanent Tooth  |  |  |  |  |           | milky Tooth 乳歯   |                             |  |  |                 |  |           |  |
| #1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 #9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16<br>R <u>8 7 6 5 4 3 2 1</u> 1 2 3 4 5 6 7 8 L |  |  |  |  |           | #A #B #C #D #E #F #G #H #I #J<br>R <u>E D C B A</u> A B C D E L<br>#T #S #R #Q #P #O #N #M #L #I |                             |  |  |                 |  |           |  |
| Services<br>診療内容   |  |  | Tooth No.<br>歯式                              |  | Fee<br>料金 |  | Services<br>診療内容            |  |  | Tooth No.<br>歯式 |  | Fee<br>料金 |  |
| 1.Examination 診療   |  |  |  |  |           |  | 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/Only(Material)     |  |  |                 |  |           |  |
| 3.Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no<br>投薬                          |  |  |  |  |           |  | インレー アンレー _____             |  |  |                 |  |           |  |
| 4.Prophylaxies/Scaling<br>歯垢 ←歯垢除去<br>Fluoride フッ化物塗布  |  |  |  |  |           |  | 10.Amal./Comp.Build-up      |  |  |                 |  |           |  |
| 5.Extraction 抜歯  |  |  |  |  |           |  | アマルガム・複合レジンによる支台築造          |  |  |                 |  |           |  |
| 6.Perio-dontal Scaling<br>/ Root planing<br>歯肉下歯石除去・根面平滑化  |  |  |  |  |           |  | Post c Core メタルコア           |  |  |                 |  |           |  |
| Gingival Curettage<br>盲嚢搔爬   |  |  |  |  |           |  | ※Other (Material)           |  |  |                 |  |           |  |
| 7.Pulp Cap 歯髄覆   |  |  |  |  |           |  | その他 _____                   |  |  |                 |  |           |  |
| Pulpotomy 歯髄切断・抜髄  |  |  |  |  |           |  | 11.Crown 冠                  |  |  |                 |  |           |  |
| Root Canal Therapy<br>根管治療 1 canal 根管  |  |  |  |  |           |  | Porcelain/Gold ポーセレン・金      |  |  |                 |  |           |  |
| 2 canal  |  |  |  |  |           |  | Silver alloy 銀合金            |  |  |                 |  |           |  |
| 3 canal  |  |  |  |  |           |  | ※Other (Material)           |  |  |                 |  |           |  |
| 8.Filling 充填   |  |  |  |  |           |  | その他 _____                   |  |  |                 |  |           |  |
| Amal. アマルガム 1.Serf 面   |  |  |  |  |           |  | 12.Bridge Workブリッジ          |  |  |                 |  |           |  |
| 2.Serf   |  |  |  |  |           |  | Abut (Material)             |  |  |                 |  |           |  |
| 3.Serf   |  |  |  |  |           |  | 支台歯                         |  |  |                 |  |           |  |
|  |  |  |  |  |           |  | Pontic (Material)           |  |  |                 |  |           |  |
|  |  |  |  |  |           |  | タミー                         |  |  |                 |  |           |  |
|  |  |  |  |  |           |  | ※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  
署名申請者の方へ ※印がついている項目に医師の記入がある場合は別紙の邦訳部分に必ず和訳をつけて下さい。  
材質の場合は具体的にどのようなものか記して下さい。

(別紙)

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         | Tel   |