

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill in 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。
- 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。
- Please specify material, for items marked. ※
※印の項目については材質も明記してください。
- If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の外貨の場合はその旨を書いて下さい。
- Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.
高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

Attending Physician's Statement (Dentistry)
診療内容明細書(歯科)

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex 性別 <input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女	
Initial Office Visit 初診日			Days of Services _____ days 診療日数 日間		
Permanent Tooth 永久歯 87654321 12345678 R _____ L		Localization of Tooth 部位 Deciduous Tooth 乳歯 E D C B A A B C D E R _____ L E D C B A A B C D E			
1. Dental Caries う蝕症 _____		2. Missing Tooth 欠損 _____		Name of Illness 傷病名 3. Periodontal 歯周病 _____ 4. The Others 其他 _____	
Description of Service 診療内容		Fee 料金		Description of Service 診療内容	
1. Examination 診察				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) その他	
Panoramic パノラマ ×					
Models スタディモデル				※9. Inlay / Onlay (Material) インレー アンレー	
3. Medication <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 投薬				※10. Amal. / Comp. Build-up	
4. Prophylaxies / Scaling 歯石 ← 歯石除去				アマルガム・複合レジンによる支台築造 Post c Core メタルコア	
Fluoride フッ化物塗布				※Other (Material) その他	
5. Extraction 抜歯					
6. Perio-dontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化				11. Crown 冠 Prcelaim / Gold ポーセレン・金 Silver alloy 銀合金	
Gingival Curettage 盲嚢搔爬				※Other (Material) その他	
7. Pulp Cap 歯髄覆				12. Bridge Work ブリッジ	
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄				Abut (Material) 支柱	
Root Canal Therapy 根管治療 1 canal 根管				pontic (Material) ダミー	
2 canal					
3 canal					
8. Filling 充填				※13. Plare Denture (Material) 有床義歯	
Amal. アマルガム 1. Serf 面				※14. Other (Material) その他	
2. Serf					
3. Seft					
Monetary Unit 貨幣単位				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病院の名称及び所在地	
Date 日付	Physician's Signature 医師の署名

邦訳 (各項目の材質を邦訳すること)

申請者の方へ 1. ※印がついている項目に医師の記入がある場合は必ず上の邦訳部分に和訳を記入して下さい。
2. 使用した材質は具体的にどのようなものか訳してください。

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			
氏名	印	電話	
住所	〒	—	