

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the 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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院、入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。

Form C
様式 C

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細

Name of Patient (Last,First) 患者名		Age (Date of Birthday) 年齢(生年月日)		Sex (Male・Female) 性別(男・女)	
Date of First Diagnosis 初診日		Day of Diagnosis and Treatment 診療日数			
_____ , 20		_____ days 日間			
Localization of Teeth 部位					
Permanent Teeth 永久歯			Deciduous Teeth 乳歯		
R. 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L.			R. e d c b a a b c d e L.		
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8			e d c b a a b c d e		
Name of Illness 傷病名					
1. Dental Caries う蝕歯		2. Missing Teeth 欠損		3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	
_____		_____		_____	
4. The Others その他					

Dental Treatment 歯科治療		Localization of Teeth Examined 患歯部位		Material 材料	
				Date MO. DA. YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
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 Alveolar 歯槽膿漏治療					
Medicine 投薬					
The Others () その他 ()					
Total Amount 合計		(Unit is _____) 貨幣単位			
Name of Dental Surgeon 歯科医師の氏名					
Last 姓		First 名			
Name and Address of Dentist's Office 歯科医院の名称及び所在地					

Date 日付		Signature 署名			
_____		_____			
Attending Physician 担当医					