

**Request to Attending Dentist (担当医へのお願い)**

1. This form must be certified for the patient to apply for health insurance benefits  
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要なので、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 copy of this form is required for each month and for each inpatient and outpatient visit.  
月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C  
様式C

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

Name of patient (Last, First)  
患者名

Date of birth  
生年月日

Gender  M  F  
性別 男 女

Date of initial diagnosis  
初診日

Duration of treatment days  
診療日数 日間

Dental Formula 歯式	
R Permanent Teeth 永久歯 L	R Baby Teeth 乳歯 L
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 #9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16	#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	E D C B A   A B C D E
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
#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

Dental treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		Month	Day	Year	
Initial medical fee 初診料					
X-ray examination レントゲン検査					
Dental pulp extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Tooth 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					
Dental bridge ブリッジ					
Plate denture 有床義歯					
Partial denture 局部義歯					
Complete denture 総義歯					
Treatment of alveolar pyorrhea 歯槽膿漏処置					
Medication 投薬					
Others (specify) その他(項目明記)					
<b>Monetary Unit 通貨単位 :</b>		<b>Total 合計</b>			

Name and address of dentist or dental office (歯科医の氏名及び住所又は歯科医院の名称及び所在地)

Name(名前) : Last(姓) First(名) Title(称号)

Address(住所) : Phone(電話)

Office:(病院又は診療所)

Date(日付) : / / Signature(署名)

Reference number of your medical record (if applicable) 診療記録の番号 Attending dentist (担当医)