

## 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 health insurance benefit.  
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 form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out. 月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

FormC

### Attending Dentist's Statement

様式C

### 歯科診療内容明細書

Name of Patient (Last,First)

Date of Birth

Sex  M  F

患者名

生年月日

性別 男 女

Initial Office Visit

Days of services

days

初診日

診療日数

日間

Tooth Number 歯式					
R Permanent Tooth 永久歯 L	R Milky Tooth 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
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
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 Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The 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/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) : Office

(病院又は診療所)

phone

(電話)

Date(日付) : / /

Signature (署名)

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療記録の番号

Attending Physician(担当医)