

## 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.

この様式は患者の国民健康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。

Form C  
様式C

3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

## Attending Dentist's Statement

## 歯科診療内容明細書

Name of Patient (Last, First) 患者名 _____		Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____		Sex (Male · Female) 性別 _____	
Identify Permanent tooth (疾病の名称および部位)			Primary tooth (乳歯)		
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		V IV III II I	
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		V IV III II I	
Identify examined teeth: (該当する部位を○で囲み病名をつける)					
• Cavity (C) (虫歯)		• missing teeth (F) (欠歯)		• stomatitis (G) (口内炎)	
• Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏)		• extraction needed (Z) (要抜歯)			
Date of first Diagnosis (初診日) _____				Currency paid (支払通貨)	
Days of Diagnosis and Treatment (診察を行った実日数) _____ Days (日間)					
Office Visit Fees (診断料) _____					
Examination Fees (検査料) _____					
X-Ray Fee (レントゲン) _____					
Others (その他) _____					
Services (治療した派の部位と治療の種類)					
Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)					
• Filling (充てん)					
• Inlaying (インレーまたはアンレー)					
• Capping (metal) (金属冠)					
• Jacket capping (ジャケット冠)					
• Capping connected (歯冠継続歯)					
Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)					
• Bridge (ブリッジ)					
• Partial artificial teeth (局部義歯)					
• Total artificial teeth (総義歯)					
Name and Address of Attending Physician 担当医の名前および住所					Total (計)
Name Last (姓) _____		First (名) _____		Title (称号) _____	
Address Home (自宅) _____			Phone (電話) _____		
Office (病院または診療所) _____			Phone _____		
Date (日付) _____		Signature (担当医署名) _____			