

Request to Attending physician (担当医へお願い)

- Please fill in this form so that the patient may claim the National 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。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、署名してください。
- One form for each month and one for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。
- Separate receipt required for prescriptions. 薬剤料は別に処方箋を添付のこと。
- 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。

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex 性別 ☐ M ☐ F 男 女																																	
Date of First Diagnosis 初診日		Duration of Treatment _____ days 診療日数 日間																																			
Permanent Teeth (永久歯)			Baby Teeth (乳歯)																																		
R <table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>			8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table> L			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1																														
8	7	6	5	4	3	2	1																														
1	2	3	4	5	6	7	8																														
1	2	3	4	5	6	7	8																														
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) ・ Pyorrhea alveolaris (P) (歯槽膿漏) ・ extraction needed (Z) (要抜歯)																																					
Services 診療内容		Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容																																	
1. Examination 診療				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)																																	
Panoramic パノラマ ×				その他 _____																																	
Models スタディモデル				※9. Inlay/Onlay (Material)																																	
3. Medication ☐ yes ☐ no 投薬				インレー/アンレー																																	
4. Prophylaxes 予防				10. Amal./Comp. Build-up																																	
Scaling 歯石除去				アマルガム・複合レジンによる支台築造																																	
Fluoride フッ化物塗布				Post c Core メタルコア																																	
5. Extraction 抜歯				※Other (Material)																																	
6. Periodontal Scaling/ Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化				その他 _____																																	
Gingival Curettage 毛嚢搔爬				11. Crown 冠																																	
7. Pulp Cap 歯髄覆				Porcelain/Gold ポーセレン・金																																	
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄				Silver alloy 銀合金																																	
Root Canal Therapy 根管治療 1canal 根管				※Other (material)																																	
2canal				その他 _____																																	
3canal				※12. Bridge Work ブリッジ																																	
8. Filling 充填				Abut (material)																																	
Amal. アマルガム 1. Serf 面				支台歯																																	
2. Serf				Pontic (material)																																	
3. Serf				ダミー																																	
				※13. Plate Denture (material)																																	
				有床義歯 _____																																	
				※14. Other (Material)																																	
				その他 _____																																	
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医院の名称及び所在地

Date
日付Signature
署名

申請者の方へ ※印がついている項目に医師の記入がある場合は必ず<別紙>に和訳をつけてください。
材質の場合は具体的にどのようなものが訳してください。

翻訳（様式Cの続紙）

各項目の材質を和訳すること

※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 の 記 入 欄
名 前	印
住 所	
電 話	