## 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、かつ署名して下さい。
- 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、この様式 1 枚が必要です。

Fο	r m	$\mathbf{C}$
举	<del>_ </del>	a

Date(目付) \_\_\_\_\_\_.

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

1. Name of Patient(La 患者名			Age(Date o 年齢(生年					Sex 性別(N	Male • Female)	
2. Date of first Diagnos	is		3. Days of I	Diagnosis	and Trea	atment				
初診日	初診日			診療日数days						
Localization of Teeth 部	位									
Permanent teeth 永久歯					Primary teeth 乳歯					
Upper _ 1 2 3	156	7     8     9     10     11     12     13     14     15     16       26     25     24     23     22     21     20     19     18     17			Δ					
R. 12 5		0 0 10	11 12 10 14 10	10 L.	R	G D 0	D O		L Cpper	
Lower 32 31 30	3 22 21 20 19 18	17	T	SRQ	W F   U N M L K Lower					
Name of Illness 傷病名 1.Dental Caries う蝕 3.Other disorders of t	teeth and su		iodontal 歯肉炎】 ructures その他の			l織の障	害 4.T	he Othe	ers その他	
Type of Treatment 治療	の分類	<b>.</b>				•				
Dental Treatment		歯科治療	Localization of		amined		Date		Fee	
T: .:4: -1 O CC: X7: -:4			思图	部位		MO.	DA.	YR.	治療費	
Iinitial Office Visit  X—Ray Examination		初 診 料 X 線検査							_	
Dental Pulp Extirpation		抜 髄								
Operation 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 A	lveolaris	歯槽膿漏処置								
Medicine		投 薬								
The Others		その他								
								Total		
Name and Address of Atte 担当医の名前及び住所	ending Phys	sician								
Name(名前)	Last(姓)	Last(姓) First(名)			Title(称号)					
Address(住所)	Home(自宅	生)			]	Phone(	直話)			
	Office(病院又は診療所)			Phone(電話)						

Signature(署名)

診療録の番号

Attending Physician (担当医) Reference Number of your Medical Record (if applicable)