

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		<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 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 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8				R E D C B A A B C D E L E D C B A A B C D E			
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		Tooth No. 歯式	Fee 料金
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 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> 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か訳してください。