

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- 1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
この様式は患者の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。
- 3. One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C
様式 C

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

Name of Patient (Last, First) 患者名	Date of Birth (D / M / Y) 生年月日	Sex 性別	Male · Female
Date of Initial Visit (D / M / Y) 初診日	No. Days of Visit/Treatment 診療日数	Medical Record Number 診療録番号	

*Please circle the treated tooth 治療した歯に○をつけてください

Permanent teeth

(UPPER)

(RIGHT) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 (LEFT)

(LOWER)

Primary teeth

(RIGHT) A B C D E F G H I J (LEFT)

T S R Q P O N M L K

TYPE OF TREATMENT 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. and Surface 患歯部位	Date			Fee 治療費
		D	M	Y	
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 *Material 素材()					
Metal Crown 金属冠 *Material 素材()					
Post Crown 継続歯 *Material 素材()					
Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材()					
Bridgework ブリッジ *Material 素材()					
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					
Medication 投薬					
Other その他					
Total 合計					

ATTENDING DENTIST INFORMATION 担当歯科医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)	
Address: (住所)	
Name of Dentist: (担当歯科医)	Title: (称号)
Signature: (署名)	Phone: (電話)
	Date Completed: (作成年月日)

Figure 1 illustrates the numbering system for permanent and deciduous teeth. The left side shows permanent teeth (永久齒) with upper (上顎) and lower (下顎) arches, numbered 1-16 on the right and 32-25 on the left. The right side shows deciduous teeth (乳齒) with upper (上顎) and lower (下顎) arches, numbered A-E on the right and F-J on the left, with corresponding letters T-P and O-K below.

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		日	月	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー 素材()					
金属冠 素材()					
継続歯 素材()					
ジャケット冠 素材()					
ブリッジ 素材()					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

電話