

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 <input type="checkbox"/> 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	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												
									R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L
										E	D	C	B	A						

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 歯髄切斷・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。