

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	R E D C B A A B C D E L
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	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)

Date of First Diagnosis (初診日)	_____	Currency paid (支払通貨)
Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数)	_____ day(日間)	
Office Visit Fees (診断料)	_____	
Examinations Fees (検査料)	_____	
X-ray Fees (レントゲン)	_____	
Others (その他)	_____	

Services (治療した歯の部位と治療の種類)	
---------------------------	--

Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用した時は特記して下さい)	
--	--

- ・ Filling (充てん)
- ・ Inlaying (インレー又はアンレー)
- ・ Capping(metal)(金属冠)
- ・ Jacket capping (ジャケット冠)
- ・ Capping connected (歯冠継続歯)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類) | |
| ・ Bridge (ブリッジ) | |
| ・ Partial artificial teeth (局部義歯) | |
| ・ Total artificial teeth (総義歯) | |

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)	Total(計)
Signature of Doctor (担当医署名)	
Date (日付)	

翻訳（様式B(歯科)の続紙）

その他

--

翻訳者の記入欄	
名前	
住所	
電話	