

Request to Attending Physician
担当歯科医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient can claim the 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、かつ署名して下さい。
3. One form is required for each month, one form for hospitalization/outpatient visits, and one form for home visits.
各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。

Attending Physician Statement
歯科診療内容明細書

1. Name of patient (Last,First) 患者名

Age (Date of Birth) 年齢 (生年月日)

Sex (Male・Female)
性別 (男・女)

2. Date of first Diagnosis 初診日

Duration of Diagnosis and Treatment 診療日数

days

3. teeth Number 歯式

Permanent Tooth 永久歯

Milky Tooth 乳歯

Name of Illness 傷病名

1. Dental Caries う蝕

2. Missing Teeth 欠損

3. Periodontal Diseases 歯周病

4. The Others その他

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 診察				(8) Filling Amal. ① surf. 面			
(2) X-ray レントゲン診断				充填 アマルガム ② surf.			
Bite-wings 咬翼型 ×				③ surf.			
Periapical 標準型 ×				Filling Comp. ① surf. 面			
Panoramic パノラマ ×				充填 複合レジン ② surf.			
(3) Medication 投薬 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				③ surf.			
(4) Prophylaxis / Scaling 歯垢 ←歯垢除去				(9) Inlay/Onlay インレー・アンレー			
Fluoride フッ化物塗布				(10) Amal./Comp. Build-up			
(5) Extraction 抜歯				充填物による支台築造			
(6) Periodontal Scaling / Root planing				Post & Core メタルコア			
歯肉下歯石除去・根面平滑化				(11) Crown 冠			
Gingival Curettage 盲嚢搔爬				Porcelain/Gold ポーセレン・金			
(7) Pulp Cap 歯髄覆罩				Silver Alloy 銀合金			
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄				(12) Bridge Work ブリッジ			
Root Canal Therapy 根管治療				Abutment 支台歯			
① Canal 根管				Pontic ポンティック			
② Canal				(13) Plate Denture 有床義歯			
③ Canal				(14) Other その他			
				Total Fee 合計			

4. Name and Address of Attending Physician 医師の氏名及び医院の名称及び所在地

Unit is 通貨単位

Name 名前: Last 姓

First 名

Address: Home (自宅)

Phone

Office (病院又は診療所)

Phone

Date 日付

Attending Physician Signature 医師の署名