

**【Form C 様式 C】**

**Request to Attending Physician 担当医へのお願い**

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
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 one form for hospitalization/ outpatient (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。

**Attending Dentist's Statement 診療内容明細書**

Name of Patient(Last, First)      Age(Date of birth)      Sex( Male ・ Female )  
 患者名 \_\_\_\_\_ 年齢(生年月日) \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_  
 Date of first Diagnosis D/M/Y      初診日      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Days of Diagnosis and Treatment      診療日数      \_\_\_\_\_ days

Permanent tooth				Primary tooth				
(Upper)	(RIGHT)			(LEFT)	(RIGHT)			(LEFT)
(Lower)	(RIGHT)			(LEFT)	(RIGHT)			(LEFT)

**Type of Treatment 治療の分類**

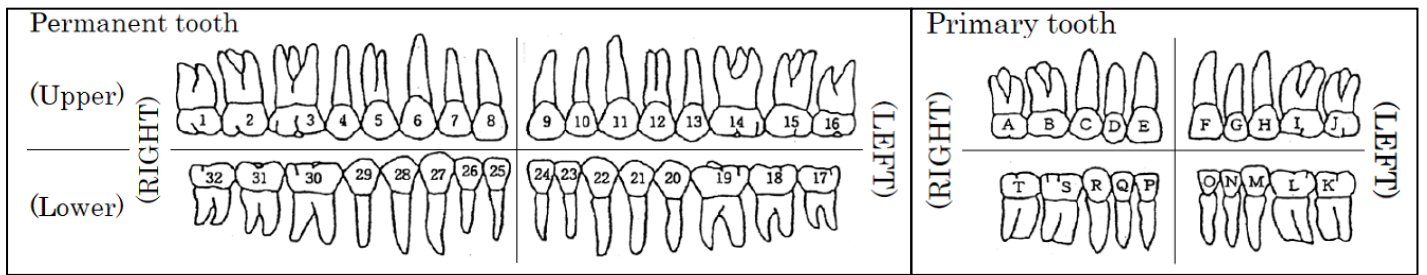
Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date D/M/Y	Fee 治療費
Initial Office Visit 初診料			
X-Ray Examination レントゲン			
Dental Pulp Extirpation 抜髄			
Operation 手術			
Extraction 抜歯			
Filling 充填			
Inlay インレー			
Metal Crown 金属冠			
Post Crown 継続歯			
Jacket Crown ジャケット冠			
Bridge Work ブリッジ			
Plate 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			
Medicine 投薬			
The Others その他			
<b>Total</b>			

**Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所**

Name : Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_  
 Address : Home(自宅) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_  
           Office(病院) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Date(日付) \_\_\_\_\_ Signature(署名) \_\_\_\_\_

Reference Number of your Medical Record(if applicable)  
 診療録の番号 \_\_\_\_\_

【様式 C】 日本語訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付	治療費
初診料			
レントゲン検査			
抜髄			
手術			
抜歯			
充填			
インレー			
金属冠			
継続歯			
ジャケット冠			
ブリッジ			
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（本人や知人でも可。翻訳内容について問い合わせる場合があります）

住所：

氏名：

電話：