

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	☐ M 男	☐ F 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 1 2 3 4 5 6 7 8		R E D C B A A B C D E L 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	印
住 所	
電 話	