

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 social insurance benefit.
この様式は患者の社会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書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。

翻訳者

氏名
住所
Tel.

Form A
様式 A

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) _____ Age(Date of Birth) _____ Sex(Male · Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(附録参照)

_____ (No.)

3. Date of First Diagnosis: _____, 19_____
初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days
診療日数 日間

5. Type of Treatment
治療の分類

Hospitalization: From _____, _____ to _____, 19_____
入院 自 _____ 至 _____ (日間)

Outpatient or Home Visit _____, _____, 19_____
入院外 _____, _____, 19_____

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. Itemized Amounts paid to Hospital & / or Attending Physician. : Fill in Form B
項目別治療実費 様式 Bによる

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

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Report (if applicable)
診療録の番号 _____

This form is used for claiming the health insurance benefit.

この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT

歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 _____ Date of Birth 生年月日 _____ Sex M F
 Initial Office Visit 初診日 _____ Days of Services 診療日数 _____ days

Tooth Number 歯式																													
Permanent Tooth 永久歯								Milky Tooth 乳歯																					
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J				
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				
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.
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17		#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K		

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. 充填 アマル	1 serf.	_____
2. X-ray レントゲン	Bite-wings 咬翼型 ×	_____	2 serf. ガム	2 serf.	_____
3. Medication 投薬	Periapical 標準型 ×	_____	3 serf. 複合 レジン	1 serf.	_____
4. Prophylaxies 歯垢 フッ化物塗布	Panoramic パノラマ ×	_____	2 serf. 面	2 serf.	_____
5. Extraction 抜歯	Models スタディモデル	_____	3 serf. 面	_____	_____
6. Periodontal Scaling / Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化	Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	_____	9. Inlay / Onlay インレー・アンレー	_____	_____
7. Pulp Cap 歯髄覆罩	Scaling 歯石除去	_____	10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造	_____	_____
Pulpotomy 歯髄切斷・抜髄	Fluoride フッ化物塗布	_____	Post c Core メタルコア	_____	_____
Root Canal Therapy 根管治療	1 canal _____	_____	11. Crown 冠	Porcelain / Gold ポーセレン・金	_____
	2 canal _____	_____	Silver Alloy 銀合金	_____	_____
	3 canal _____	_____	Other その他	_____	_____
	根管 _____	_____	12. Bridge Work ブリッジ	Abut 支台歯	_____
		_____		Pontic ダミー	_____
		_____	13. Plate Denture 有床義歯	_____	_____
		_____	14. Other その他	_____	_____

Name and Address of Dentist / Office 歯科医師の氏名及び住所 又は 歯科医院の名称及び所在地

Total Fee 合計 \$ _____

翻訳者

氏名 _____

住所 _____

TEL _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____