

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 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。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は、担当医が書き、かつ署名をしてください。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out
毎月、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

翻訳者

氏名
住所
Tel.

**Attending Dentist's Statement
(歯科診療内容明細書)**

Name of patient(Last,First) (患者名)		Age (Date of Birth) 年齢(生年月日)	
Date of First Diagnosis (初診日):		Days of Diagnosis and Treatment (診療日数) days	
Hospitalization(入院):		Outpatient or Home Visit (入院外):	
Permanent tooth		Primary tooth	
Date (日付)	Tooth No. or Letter (歯式)	Concrete treatment content	具体的な治療内容
MO DA YR.			邦訳
<i>example (記入例)</i>			
1 10 10	#4	Initial Office Visit Decayed tooth treatment	初診 虫歯の処置
1 17 10	#4	Follow-up Office Visit 3/5Crown insert	再診 3/5冠をかぶせた

Name of Attending Dentist (担当歯科医の名前)

Name : Last(姓) _____ First(名) _____

Name and address of Dentists Office(歯科医院の名称・所在地)

Name (名称) : _____ Phone(電話) : _____

Address(住所) : _____ Which country(国) : _____

Date(日付) : _____ Signature (署名) : _____

Attending Dentist (担当歯科医)

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

翻訳文は必ず具体的に記載してください。
この明細書は、治療過程を把握するために必要です。上記、記入例を参考に記入してください。

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

- 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。
- This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.
この様式は、担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名をしてください。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.
毎月、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。
- If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

翻訳者

氏名
住所
Tel.

Itemized Receipt (DENTAL) / 領収明細書 (歯科)

Name of patient(Last,First) (患者名) _____ For which month(診療月) _____

Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth 永久歯

Primary Teeth 乳歯

#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16
R 8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17

#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J
R E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K

.Name of Illness 傷病名

- Dental Caries う蝕症
- Missing Teeth 欠損
- Pyorrhea 歯槽膿漏
- The Others その他

Service 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Service 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1.Examination 診察			10.Amal./Comp.Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		
2.X-Ray レントゲン Bite-wings 咬翼型 ×			Post c Core メタルコア		
Periapical 標準型 ×			Other その他 (Material・素材)		
Panoramic パノラマ ×			邦訳		
Models スタディモデル			11.Crown 冠		
3.Medication 投薬			Porcelain/Gold ボーセレン・金		
邦訳			Silver alloy 銀合金		
4.Prophylaxies/Scaling 歯垢 歯石除去			Other その他 (Material・素材)		
Fluoride フッ化物塗布			邦訳		
5.Extraction 抜歯			12.Bridge Work ブリッジ		
6.Perio-dontal Scaling/ Root planing			Abut 支台歯 (Material・素材)		
歯肉下歯石除去・根面平滑化			邦訳		
Gingival Curettage 盲嚢搔爬			Pontic ダミー (Material・素材)		
7.Pulp Cap 歯髄覆罩			邦訳		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			13.Plate Denture 有床義歯		
Root Canal Therapy 根管治療 1canal 根幹			Partial Denture 局部義歯		
2canal			(Material・素材)		
3canal			邦訳		
8.Filling 充填			Complete Denture 総義歯		
Amal. アマルガム	1.Serf 面		(Material・素材)		
	2.Serf		邦訳		
	3.Serf		14.Certificate 証明書		
Comp. 複合レジン	1.Serf		15.Other (Specify) その他(具体的に)		
	2.Serf				
	3.Serf				
Other その他 (Material・素材)			邦訳		
邦訳			(Material・素材)		
9.Inlay/Onlay インレー・アンレー			邦訳		
(Material・素材)					
邦訳			Unit is (通貨単位)	Total (合計)	

Name and Address of Attending Dentist/Superintendent of Dental Clinic (歯科医院担当医または事務長の名前及び住所)

Name 名前 : Last(姓) _____ First(名) _____

Name of Dentists Office(歯科医院の名称) : _____ Phone _____

Date (日付) : _____ Signature (署名) : _____

Attending Dentist/Superintendent of Dental Clinic
(歯科医院担当医または事務長の名前)

翻訳文は必ず具体的に記載し、領収書にも翻訳文を記載してください。