

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	<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Date of First Diagnosis 初診日		Duration of Treatment _____ days 診療日数 日間			
Permanent Teeth(永久歯) R 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L			Baby Teeth(乳歯) R E D C B A A B C D E L		
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	Ⓔ
住所	
電話	