

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 <input type="checkbox"/> F 男 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	R E D C B A A B C D E L
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 L	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)

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

Total Fee 合計

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

Date 日付	Signature 署名
------------	-----------------

申請者の方へ ※印がついている項目に医師の記入がある場合は必ず<別紙>に和訳をつけてください。
材質の場合は具体的にどのようなものか訳してください。