【別 紙】

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、かつ署名してください。
3. One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit.
   各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

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

Name of patient (Last,First) 患者名 _____ Date of Birth 生年月日 _____ Gender (Male・Female) 性別(男・女)

Date of First Diagnosis : 初診日 _____ Days of Diagnosis and Treatment : 診療日数 _____ days

Tooth Number 歯式

Permanent Tooth 永久歯																Milky Tooth 乳歯										
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
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

Services 診療内容		Tooth No. 歯式	Fee 料金	Japanese
1. Examination				1. 診察
2. X-ray	Bite-wings ×			2. レントゲン 咬翼型
	Periapical ×			標準型
	Panoramic ×			パノラマ
Models				スタディモデル
3. Medication	☐yes ☐no			3. 投薬
4. Prophylaxies ／ Scaling				4. 歯垢／歯石除去
Fluoride				フッ化物塗布
5. Extraction				5. 抜歯
6. Periodontal Scaling ／ Root planing				6. 歯肉下歯石除去／根面平滑化
Gingival Curettage				盲嚢掻爬
7. Pulp Cap				7. 歯髄覆罩
Pulpotomy				歯髄切断・抜髄
Root Canal Therapy	Canal 1			根管治療 根管1
	Canal 2			根管2
	Canal 3			根管3
8. Filling Amal.	serf. 1			8. 充填 ｱﾏﾙｶﾞﾑ 1面
	serf. 2			2面
	serf. 3			3面
Comp.	serf. 1			複合ﾚｼﾞﾝ 1面
	serf. 2			2面
	serf. 3			3面
9. Inlay / Onlay				9. インレー／アンレー
10. Amal./Comp./ Build-up				10. ｱﾏﾙｶﾞﾑ/複合ﾚｼﾞﾝ/支台築造
Post c Core				メタルコア
11. Crown Porcelain / Gold				11. 冠 ポーセリン／金
	Silver Alloy			銀合金
	Other			その他
12. Bridge Work	Abut			12.ブリッジ 支台歯
	Pontic			ダミー
13. Plate Denture				13.有床義歯
14. Other				14.その他

Total Fee:

Name and Address of Attending Dentist 担当医の名前及び住所

Name 名前 _____ Title 称号: _____

Address 住所 : _____

Date 日付: _____ Signature 署名: _____