

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)				Baby Teeth(乳歯)																
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L			
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
									R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L
										E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

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