Request to Attending Physician
担当歯科医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
   この様式は、患者の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。
2. This form should be completed and signed by the attending physician
   この様式は担当医が記入し、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, one form 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。

Attending Physician Statement
歯 科 診 療 内 容 明 細 書

1. Name of patient (Last,First)　患者名	Age (Date of Birth)　年齢（生年月日）	Sex (Male・Female) 性別（男・女）

2. Date of first Diagnosis　初診日 _____

Days of Diagnosis and Treatment　診療日数 _____ days

3. teeth Number　歯式

Permanent Tooth 永久歯

	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
R																L
	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

Milky Tooth 乳歯

	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
R										L
	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

1. Dental Carics　う蝕　2. Missing Teeth　欠損　3. Periodontal Diseases　歯周病　4. The Others　その他 (　　)

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　診察			(8) Filling Amal.　① surf. 面		
(2) X-ray　レントゲン診断			充填 アマルガム　② surf.		
Bite-wings　咬翼型 ×			③ surf.		
Periapical　標準型 ×			Filling Comp.　① surf. 面		
Panoramic　パノラマ ×			充填 複合レジン　② surf.		
(3) Medication　投薬　☐Yes ☐No			③ surf.		
			(9) Inlay／Onlay インレー・アンレー		
(4) Prophylaxis / Scaling 歯垢 ←歯垢除去			(10) Amal.／Comp. Build-up		
Fluoride フッ化物塗布			充填物による支台築造		
(5) Extraction　抜歯			Post & Core メタルコア		
(6) Periodontal Scaling / Root planing			(11) Crown　冠		
歯肉下歯石除去・根面平滑化			Porcelain／Gold ポーセレン・金		
Gingival Curettage　盲嚢掻爬			Silver Alloy　銀合金		
			(12) Bridge Work　ブリッジ		
(7) Pulp Cap　歯髄覆罩			Abutment 支台歯		
Pulpotomy　歯髄切断・抜髄			Pontic ポンティック		
Root Canal Therapy　根管治療			(13) Plate Denture　有床義歯		
① Canal　根管			(14) Other　その他		
② Canal					
③ Canal					
			Total Fee　合計		

4. Name and Address of Attending Physician　医師の氏名及び医院の名称及び所在地

Unit is　通貨単位 _____

Name 名前：Last 姓 _____ First 名 _____

Address：　Home（自宅） _____ Phone _____

Office（病院又は診療所） _____ Phone _____

Date　日付 _____　Attending Physician Signature　医師の署名 _____