

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

Request to Attending physician 担当医へお願い									
<p>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。)</p> <p>2. 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。)</p> <p>3. 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。)</p> <p>Separate receipt required for prescriptions. (薬材料は別に処方箋を添付のこと。)</p>									
<p>Name of Patient (Last , First) Age (Date of Birth) Sex(Male・Female)</p> <p>患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____ 性別 (男・女) _____</p>									
<p>Permanent (疾病の名称および部位)</p> <table border="1"> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<p>Baby teeth (乳歯)</p> <table border="1"> <tr> <td>V IV III II I</td> <td>I II III IV V</td> </tr> <tr> <td>V IV III II I</td> <td>I II III IV V</td> </tr> </table>	V IV III II I	I II III IV V	V IV III II I	I II III IV V
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
V IV III II I	I II III IV V								
V IV III II I	I II III IV V								
<p>Identify examined teeth : (該当する部位を○で囲み病名をつける)</p> <p>・ Cavity (C) (虫歯) ・ missing teeth (F) (欠歯) ・ stomatitis (G) (口内炎)</p> <p>・ Pyorrhea alveolaris (P) (歯槽膿漏) ・ extraction needed (Z) (要抜歯)</p>									
<p>Date of First Diagnosis(初診日) _____</p> <p>Days of Diagnosis and Treatment(診療を行った実日数) _____ day(日間)</p> <p>Office Visit Fees(診断料) _____</p> <p>Examination Fees (検査料) _____</p> <p>X-Ray Fee(レントゲン) _____</p> <p>Other(その他) _____</p>	<p>Currency paid (支払通貨)</p> <p>_____</p>								
<p>Services (治療した歯の部位と治療の種類)</p>									
<p>Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)</p>									
<p>・Filling (充てん)</p>									
<p>・Inlaying (インレー又はアンレー)</p>									
<p>・Capping (metal) (金属冠)</p>									
<p>・Jacket capping (ジャケット冠)</p>									
<p>・Capping connected (歯冠継続歯)</p>									
<p>Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)</p>									
<p>・Bridge (ブリッジ)</p>									
<p>・Partial artificial teeth (局部義歯)</p>									
<p>・Total artificial teeth (総義歯)</p>									
<p>Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称) _____</p> <p>Address of Hospital or Clinic (病院又は診療所住所)</p> <p>_____</p> <p>Phone number of Hospital or Clinic (電話) _____</p> <p>Signature of Doctor (担当医署名) _____</p> <p>Date (日付) _____ / _____ / _____</p>	<p>Total (計)</p> <p>_____</p>								

症状の概要

処方、手術その他の処置の概要

翻 訳 者 の 記 入 欄	
氏 名	(※)
	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
住 所	
連絡先	(平日、日中の連絡先) — —