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
(1) Examination 診察		
(2) X-ray レントゲン診断		
Bite-wings 咬翼型 ×		
Periapical 標準型 ×		
Panoramic パノラマ ×		
(3) Medication 投薬 ☐Yes ☐No		
(4) Prophylaxis / Scaling 歯垢 ←歯垢除去		
Fluoride フッ化物塗布		
(5) Extraction 抜歯		
(6) Periodontal Scaling / Root planing		
歯肉下歯石除去・根面平滑化		
Gingival Curettage 盲嚢掻爬		
(7) Pulp Cap 歯髄覆罩		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄		
Root Canal Therapy 根管治療		
① Canal 根管		
② Canal		
③ Canal		

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
(8) Filling Amal. ① surf. 面		
充填 アマルガム ② surf.		
③ surf.		
Filling Comp. ① surf. 面		
充填 複合レジン ② surf.		
③ surf.		
(9) Inlay／Onlay インレー・アンレー		
(10) Amal.／Comp. Build-up		
充填物による支台築造		
Post & Core メタルコア		
(11) Crown 冠		
Porcelain／Gold ポーセレン・金		
Silver Alloy 銀合金		
(12) Bridge Work ブリッジ		
Abutment 支台歯		
Pontic ポンティック		
(13) Plate Denture 有床義歯		
(14) Other その他		
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 _____