

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1. Name of Patient (Last , First) Age (Date of Birth) Sex(Male ・ Female)
 患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____ 性別 (男 ・ 女) _____
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use National Health Insurance (See the other side of this form)
 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号
3. Date of First Diagnosis : D / M / Y _____ / _____ / _____
 初診日 日 / 月 / 年
4. Duration of Treatment : _____ days
 診療日数 日
5. Type of Treatment
 治療の分類
- Hospitalization : From _____ / _____ / _____ , to _____ / _____ / _____ (days)
 入院 自 _____ , 至 _____ (日間)
- Out patient or Home Visit : _____ / _____ / _____ , _____ / _____ / _____
 入院外 _____ / _____ / _____ , _____ / _____ / _____
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
 症状の概要
7. Prescription , Operation and Any other treatments (in brief)
 処方、手術その他の処置の概要
8. Was the treatment required as a result of an accidental injury ? Yes No
 治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
9. Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B
 治療実費 様式B
10. Name and Address of Attending Physician
 担当医の名前及び住所
- | | | | |
|------------|------------------|---------|----------|
| Name 名前 | : Last 姓 | First 名 | Title 称号 |
| Address 住所 | : Home 自宅 | | phone 電話 |
| | : Office 病院又は診療所 | | phone 電話 |
- Date 日付 : _____ Signature 署名 _____

 Attending Physician 担当医
- Reference Number of your Medical Record (if applicable)
 診療録の番号 _____

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 <input type="checkbox"/> F 男 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	R E D C B A A B C D E L
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

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