

記入例

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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、かつ署名してください。
3. One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C
様式 C

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

Name of Patient (Last, First) 患者名 君津 太郎	Date of Birth (D / M / Y) 生年月日 1 . 1 . 2000	Sex 性別 Male · Female
Date of Initial Visit (D / M / Y) 初診日 1 . 1 . 2024	No. Days of Visit/Treatment 診療日数 3 days	Medical Record Number 診療録番号 XXXX

*Please circle the treated tooth 治療した歯に○をつけてください

Permanent teeth (UPPER)

(RIGHT) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 (LEFT)

(LOWER)

Primary teeth

(RIGHT) A B C D E F G H I J (LEFT)

T S R Q P O N M L K

TYPE OF TREATMENT 治療の分類	Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. and Surface 患歯部位	Date			Fee 治療費
			D	M	Y	
Initial Office Visit 初診料		1	1	1	2024	\$30
X-Ray Examination レントゲン検査						
Dental Pulp Extirpation 抜髄						
Operation 手術						
Extraction 抜歯						
Filling 充填						
Inlay インレー *Material 素材(○○○○)		1	2	1	2024	\$55
Metal Crown 金属冠 *Material 素材()						
Post Crown 継続歯 *Material 素材()						
Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材()						
Bridgework ブリッジ *Material 素材()						
Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯						
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置						
Medication 投薬			5	1	2024	\$20
Other その他						
Total 合計						\$105

ATTENDING DENTIST INFORMATION 担当歯科医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名) XXXX hospital

Address: (住所) ○○○○○○○○

Name of Dentist: (担当歯科医) ○○○○○○○○ Title: (称号) doctor

Signature: (署名) ○○○○○○○○ Phone: (電話) 0000-0000-0000

Date Completed: (作成年月日) 5 . 1 . 2024

永久歯

(上顎)

12345678910111213141516

32313029282726252423222120191817

(下顎)

乳歯

A B C D E F G H I J

T S R Q P O N M L K

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		日	月	年	
初診料	1	1	1	2024	\$30
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
拔牙					
充填					
インレー 素材(○○○○)	1	2	1	2024	\$55
金属冠 素材()					
継続歯 素材()					
ジャケット冠 素材()					
ブリッジ 素材()					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬		5	1	2024	\$20
その他					
合計					\$105

翻訳者

住所

君津市久保2丁目13番1号

氏名

君津 太郎



電話

0439-00-0000