

## 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<br>患者名                                                                                                                   | Date of Birth<br>生年月日                       | Sex<br>性別                                              | <input type="checkbox"/> M<br>男 | <input type="checkbox"/> F<br>女 |
| Date of First Diagnosis<br>初診日                                                                                                           | Duration of Treatment _____ days<br>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<br>8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8                                                           |                                             | R   E D C B A   A B C D E   L<br>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)<br>• Pyorrhea alveolaris(P)(歯槽膿漏)      • extraction needed(Z)(要抜歯) |                                             |                                                        |                                 |                                 |
| Date of First Diagnosis(初診日)                                                                                                             |                                             | _____                                                  |                                 | Currency paid<br>(支払通貨)         |
| Days of Diagnosis and Treatment(診療を行った実日数)                                                                                               |                                             | _____ day(日間)                                          |                                 |                                 |
| Office Visit Fees(診断料)                                                                                                                   |                                             | _____                                                  |                                 |                                 |
| Examinations Fees(検査料)                                                                                                                   |                                             | _____                                                  |                                 |                                 |
| X-ray Fees(レントゲン)                                                                                                                        |                                             | _____                                                  |                                 |                                 |
| Others(その他)                                                                                                                              |                                             | _____                                                  |                                 |                                 |
| Services(治療した歯の部位と治療の種類)                                                                                                                 |                                             |                                                        |                                 |                                 |
| Describe when gold or platinum was used<br>(治療材料に金、白金を使用した時は特記して下さい)                                                                     |                                             |                                                        |                                 |                                 |
| • Filling(充てん)                                                                                                                           |                                             |                                                        |                                 |                                 |
| • Inlaying(インレー又はアンレー)                                                                                                                   |                                             |                                                        |                                 |                                 |
| • Capping(metal)(金属冠)                                                                                                                    |                                             |                                                        |                                 |                                 |
| • Jacket capping(ジャケット冠)                                                                                                                 |                                             |                                                        |                                 |                                 |
| • Capping connected(歯冠継続歯)                                                                                                               |                                             |                                                        |                                 |                                 |
| Chipped Teeth(欠損歯を補綴した場合その部位と種類)                                                                                                         |                                             |                                                        |                                 |                                 |
| • Bridge(ブリッジ)                                                                                                                           |                                             |                                                        |                                 |                                 |
| • Partial artificial teeth(局部義歯)                                                                                                         |                                             |                                                        |                                 |                                 |
| • Total artificial teeth(総義歯)                                                                                                            |                                             |                                                        |                                 |                                 |
| Name of Hospital or Clinic(病院又は診療所名称)                                                                                                    |                                             |                                                        |                                 | Total(計)                        |
| Signature of Doctor(担当医署名)                                                                                                               |                                             |                                                        |                                 |                                 |
| Date(日付)                                                                                                                                 |                                             |                                                        |                                 |                                 |

翻訳（様式 B(歯科) の続紙）

その他

|     | 翻 訳 者 の 記 入 欄                                                                                      |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名 前 | <div>  </div> |
| 住 所 |                                                                                                    |
| 電 話 |                                                                                                    |