

Request to Attending Dentist  
担当歯科医へのお願い！

1. This form is used for claiming the social insurance benefit. この様式は、社会保険の給付の申請に使用されます。  
2. This form should be completed and signed by the attending dentist. この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。

Attending Dentist's 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 Diagnosis 受診日: From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
Days of Diagnosis and Treatment 診療日数: \_\_\_\_\_ days

3. Tooth Number 歯式

Permanent Tooth 永久歯																Milky Tooth 乳歯											
#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8	#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16	#A #B #C #D #E	#F #G #H #I #J																								
R 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	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	L																							
#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25	#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17	#T #S #R #Q #P	#O #N #M #L #K																								

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	診察		_____	Filling Comp.	① surf.		_____
(2) X-ray Bite-wings	咬翼型 X		_____	充填 複合レジン	② surf.		_____
	Periapical 標準型 X		_____		③ surf.		_____
(3) Medication	投薬 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		_____	(9) Inlay/Onlay	インレー・オンレー		_____
(4) Prophylaxis, Cleaning	歯垢除去		_____	(10) Amal./Comp. Build-up	充填物による支台築造		_____
	Fluoride フッ化物塗布		_____		Post & Core メタルコア		_____
(5) Root Planing	スケリング・ルートプレーニング		_____	(11) Crown 冠			_____
	Gingival Curettage 歯周ポケット搔爬		_____		Porcelain/Gold ポーセレン・金		_____
	Perio-operation 歯周外科手術		_____		Silver Alloy 銀合金		_____
(6) Extraction	抜歯		_____		Other その他		_____
	Other Operation その他の手術		_____	(12) Bridge Work	ブリッジ		_____
(7) Pulp Cap	歯髄覆罩		_____		Abutment 支台歯		_____
	Pulpotomy 歯髄切断		_____		Pontic ポンティック		_____
	Root Canal Therapy 根管治療		_____	(13) Denture	有床義歯		_____
	① Canal 根管		_____		Repair 義歯修理		_____
	② Canal 根管		_____	(14) Other (specify) その他			_____
	③ Canal 根管		_____		Medical Certificate 診断		_____
(8) Filling Amal.	① surf.		_____	Total Fee 合計 _____			
	充填 アマルガム		_____				
	② surf.		_____				
	③ surf.		_____				
	面		_____				

4. Name and Address of Dentist/Office 歯科医師の氏名及び住所、又は医院の名称及び所在地

Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First名 \_\_\_\_\_

Address 住所 : \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Dentist's Signature 医師の署名 \_\_\_\_\_