Request to the Dental Surgeon （歯科医師へのお願い）

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 Dental Surgeon.
（この様式は担当歯科医が記入し、かつ署名してください。）
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient(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 Physician's Statement (DENTAL)
（診 療 内 容 明 細 書（歯 科））

≪歯科申請用≫

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 ______ , ______ , 20 ______

3. Days of Diagnosis and Treatment
診療日数 ______ days

Localization of Teeth (部位)

Permanent Teeth (永久歯)

R.	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L.
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

Deciduous Teeth (乳歯)

R.	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	L.
	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	

Ⅰ. Name of Illness (傷病名)

1.Dental Caries (う蝕症) 2.Missing Teeth (欠損) 3.Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏) 4.The Others (その他)

Ⅱ. Dental Treatment (歯科治療)		Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Fee (治療費)
Initial Office Visit	初 診 料			
X-Ray Examination	X 線 検 査			
Dental Pulp Extirpation	抜 髄			
Extraction	抜 歯			
Filling	充 填			
Inlay	インレー			
Metal Crown	金 属 冠			
Post Crown	継 続 冠			
Jacket Crown	ジャケット冠			
Bridge Work	ブリッジ			
Plate Denture	有 床 義 歯			
Partial Denture	局 部 義 歯			
Complete Denture	総 義 歯			
Treatment of Pyorrhea Alveolaris	歯槽膿漏治療			
Medicine	投 薬			
The Others	そ の 他			
Total	合 計	Unit is (通貨単位) ______		

Name and Address of the Dental Surgeon
歯科医の名前および住所

Name Last(姓) First(名) Title(称号)

Address Home(自宅) Phone(電話)

Office(病院または診療所) Phone(電話)

Date(日付) ______ , ______ , 20 ______ Signature(署名)