

# Request to the Dental Surgeon

## 歯科医師へのお願い

1. Please fill in from so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付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、歯科医師が記入し署名してください。
3. One form for each month should be filled out.  
各月ごとにこの様式一枚が必要です。

## Attending Physician's Statement (Dental)

### 診療内容明細書 (歯科)

#### Form C (様式C)

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)  
Date of First Diagnosis \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Day of Diagnosis and Treatment \_\_\_\_\_ days  
初診日 診療日数 日間

Localization of Teeth 部位													
Permanent Teeth (永久歯)	Deciduous Teeth (乳歯)												
R. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td style="padding: 0 5px;"> </td><td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td><td style="padding: 0 5px;"> </td><td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr> </table> L.	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	R. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">e d c b a</td><td style="padding: 0 5px;"> </td><td style="padding: 0 5px;">a b c d e</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">e d c b a</td><td style="padding: 0 5px;"> </td><td style="padding: 0 5px;">a b c d e</td></tr> </table> L.	e d c b a		a b c d e	e d c b a		a b c d e
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8											
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											
e d c b a		a b c d e											

I. Name of Illness 症病名				
1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolar 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
1. initial Office Visit 初診料			
2. X-Ray Examination X線検査			
3. Dental Pulp Extirpation 抜髄			
4. Extraction 抜歯			
5. Filling 充填			
6. Inlay イレ-			
7. Metal Crown / resin 金属冠			
8. Post Crown 継続歯			
9. Jacket Crown ジャケット冠			
10. Bridge Work ブリッジ			
11. Plate Denture 有床義歯			
Partial Denture 局部義歯			
Complete Denture 総義歯			
12. Treatment of Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏治療			
13. Medicine 投薬			
14. The Others ( ) その他 ( )			
15. Total 合計	(Unit is _____ )	貨幣単位	

Name and address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前・住所

Name 名前 Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
 Address 住所 Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
 Office 歯科医院 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
 Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

外国語で記載された部分のみ翻訳してください。

II. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材 料	F e e 治療費
1. initial Office Visit 初診料			
2. X-Ray Examination X線検査			
3. Dental Pulp Extirpation 抜髄			
4. Extraction 抜歯			
5. Filling 充填			
6. Inlay インレー			
7. Metal Crown / resin 金属冠			
8. Post Crown 継続歯			
9. Jacket Crown ジャケット冠			
10. Bridge Work ブリッジ			
11. Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			
12. Treatment of Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏治療			
13. Medicine 投薬 (*処方箋があったらコピーを添付)			
14. The Others ( ) その他 ( )			

翻訳者(翻訳者自署)

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_