

## Request to Attending physician (担当医へお願い)

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. Separate receipt required for prescriptions. 薬剤料は別に処方箋を添付のこと。
5. 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) |  |                 |                                             |                               |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| Services<br>診療内容                                                                                                                         |  | Tooth No.<br>歯式 | Fee<br>料金                                   | Services<br>診療内容              |  | Tooth No.<br>歯式                                        | Fee<br>料金 |  |                                 |                                 |  |
| 1. Examination 診療                                                                                                                        |  |                 |                                             | Comp.複合レジン 1. Serf            |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| 2. X-ray レントゲン診断                                                                                                                         |  |                 |                                             | 2. Serf                       |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| Bite-wings 咬翼型 ×                                                                                                                         |  |                 |                                             | 3. Serf                       |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| Periapical 標準型 ×                                                                                                                         |  |                 |                                             | ※Other(Material)              |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| Panoramic パノラマ ×                                                                                                                         |  |                 |                                             | その他 _____                     |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| Models スタディモデル                                                                                                                           |  |                 |                                             | ※9. Inlay/Onlay(Material)     |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| 3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no<br>投薬                                                             |  |                 |                                             | インレー/アンレー                     |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| 4. Prophylaxes 予防                                                                                                                        |  |                 |                                             | 10. Amal/Comp.Build-up        |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| Scaling 歯石除去                                                                                                                             |  |                 |                                             | アマルガム・複合レジンによる支台築造            |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| Fluoride フッ化物塗布                                                                                                                          |  |                 |                                             | Post c Core メタルコア             |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| 5. Extraction 抜歯                                                                                                                         |  |                 |                                             | ※Other (Material)             |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
|                                                                                                                                          |  |                 |                                             | その他 _____                     |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| 6. Periodontal Scaling/<br>Root planing<br>歯肉下歯石除去・根面平滑化                                                                                 |  |                 |                                             | 11. Crown 冠                   |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
|                                                                                                                                          |  |                 |                                             | Porcelain/Gold ポーセレン・金        |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
|                                                                                                                                          |  |                 |                                             | Silver alloy 銀合金              |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| Gingival Curettage<br>毛嚢搔爬                                                                                                               |  |                 |                                             | ※Other(material)              |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
|                                                                                                                                          |  |                 |                                             | その他 _____                     |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| 7. Pulp Cap 歯髄覆                                                                                                                          |  |                 |                                             | ※12. Bridge Work ブリッジ         |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| Pulpotomy 歯髄切断・抜髄                                                                                                                        |  |                 |                                             | Abut (material)               |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| Root Canal Therapy                                                                                                                       |  |                 |                                             | 支台歯                           |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| 根管治療 1canal 根管                                                                                                                           |  |                 |                                             |                               |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| 2canal                                                                                                                                   |  |                 |                                             | Pontic (material)             |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| 3canal                                                                                                                                   |  |                 |                                             | ダミー                           |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| 8. Filling 充填                                                                                                                            |  |                 |                                             | ※13. Plate Denture (material) |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| Amal.アマルガム 1. Serf 面                                                                                                                     |  |                 |                                             | 有床義歯 _____                    |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| 2. Serf                                                                                                                                  |  |                 |                                             | ※14. Other(Material)          |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
| 3. Serf                                                                                                                                  |  |                 |                                             | その他 _____                     |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |
|                                                                                                                                          |  |                 |                                             | Total Fee 合計                  |  |                                                        |           |  |                                 |                                 |  |

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医院の名称及び所在地

Date  
日付Signature  
署名

申請者の方へ ※印がついている項目に医師の記入がある場合は必ず<別紙>に和訳をつけてください。  
材質の場合は具体的にどのようなものか訳してください。