

FormC Attending Dentist's Statement

様式C 歯科診療内容明細書



■Request to Attending Physician 担当医へのお願い

•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。

•This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。

•One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.

月別、入院・外来別で、この様式が1枚ずつ必要です。

①Name of Patient(Last,First) 患者名	Sex(Male・Female) 性別
②Date of birth 生年月日	.
③Date of first Diagnosis 初診日	.
④Days of Diagnosis and Treatment 診療実日数	days

⑤Permanent tooth 永久歯	⑥Primary tooth 乳歯
(Upper) (RIGHT) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 (LEFT)	(RIGHT) e d c b a a b c d e (LEFT)
(Lower) (RIGHT) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 (LEFT)	(RIGHT) e d c b a a b c d e (LEFT)

⑦Name 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

_____ | _____ | _____ | _____

⑧Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Fee 治療費	Date(MO.DA.YR.) 受診日	Localization of Teeth Examined 患歯部位
Initial Office Visit 初診料	\$.	.
X-Ray Examination レントゲン検査	\$.	.
Dental Pulp Extirpation 抜髄	\$.	.
Operation 手術	\$.	.
Extraction 抜歯	\$.	.
Filling 充填	\$.	.
Inlay インレー	\$.	.
Metal Crown 金属冠	\$.	.
Post Crown 継続歯	\$.	.
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 歯槽膿漏処置	\$.	.
Medicine 投薬	\$.	.
The Others その他	\$.	.
Total 合計	\$	Unit is () 通貨単位	

⑨Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name(Last,First) 氏名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____

Signature 署名 _____
(Attending Physician 担当医)

