Form C

（様式C）

Attending Dentist's Statement 歯科診療内容明細書

（Itemized Receipt 領収明細書）

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.
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。

1．Name of Patient（Last , First）患者名 _____

2．Age（Date of birth）年齢（生年月日） ・ ・ 3．Sex 性別 Male 男 ・ Female 女

4．Date of First Diagnosis 初診日 ・ ・ 5．Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 days

6．Name of Illness 傷病名 □ Dental Caries う蝕症 □ Missing Teeth 欠損 □ Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏
□ The Others その他（ ）

7．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

primary 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

8．Type of Treatment 治療の分類 （ Currency unit 通貨単位 ）

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（レントゲン検査）			
Dental Pulp Extirpation（抜髄）			
Extraction（抜歯）			
Filling（充塡）			
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）			
Medicines（投薬）			
The Others（その他）			
		Total（合計）	

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

Name 名前 Last 姓 First 名 Title 称号

Office Address 病院又は診療所の住所

Office 病院又は診療所の名称 Phone 電話

Date 日付 ・ ・ Signature 署名

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

様式Ｃ　翻訳

治療の分類

歯科治療	患歯部位	材　料	治療費
初診料			
レントゲン検査			
抜　髄			
抜　歯			
充　塡			
インレー			
金属冠			
継続歯			
ジャケット冠			
ブリッジ			
有床義歯 局部義歯 総義歯			
歯槽膿漏処置			
投　薬			
その他			
		合　計	

翻 訳 者

氏　　名

住　　所

電話番号