

Request to Attending Physician

担当医へのお願ひ

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.

この様式は患者の社会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 form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.

各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attendingu Dentist's Statemen 歯科診療内容明細書, Itemized Receipt(Dental) 領収明細書

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)

3. Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数)

days(日間)

4. Localization of Teeth (疾病の名称および部位)

Permanent Tooth (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

PermanentBaby teeth (乳歯)

R V I V I I I I | I I I I I V V L
V I V I I I I I | I I I I I V V

5. 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)
- Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏)
- extraction needed (Z) (要拔牙)

DESCRIPTION OF SERVICE (診療内容)	Localization of Teeth Examined (患部部位)	FEE (治療費)	DESCRIPTION OF SERVICE (診療内容)	Localization of Teeth Examined (患部部位)	FEE (治療費)
1 EXAMINATION (診査)			12 CROWNS (クラウン)		
Examination (診査)			Plastic (レジン冠)		
			Plastic processed to gold (レジン前装冠 (金合金))		*
2 X-RAYS / DIAGNOSIS (X線診査)			Plastic processed to semi-precious metal (レジン前装冠 (セミプレシャス・メタル))		
Periapical (口内法)			Plastic processed to non-precious metal (レジン前装冠 (単金属))		
Bite-Wings (咬翼法)			Porcelain jacket (陶材焼付金属冠)		*
Panoramic (パノラマ)			Porcelain fused to metal (ポーセレン前装 (金合金))		*
Other methods (その他の方法)			Gold full cast or partial veneer (全部铸造もしくは部分被覆冠 (金合金))		*
Diagnostic Cast (診断用模型)		*	Semi-precious metal (セミプレシャス・メタル冠)		
3 ORAL INTERNAL PROCEDURES (口腔内処置)			Non-precious metal (単金属冠)		
Cleaning (口腔清掃)			Stainless steel (ステンレス冠)		
Fluoride (フッ素塗布)			Recement of Crown (クラウン再装着)		
Other procedures (その他の処置)					
4 ORAL SURGERY (口腔外科処置)			13 BRIDGES (ブリッジ)		
Extraction (拔牙)			<Pontics> (ボンティック)		
Other procedures (その他の処置)			Gold, cast (铸造 (金合金))		*
			Semi-precious, cast (铸造 (セミプレシャス・メタル))		
5 PERIODONTICS (歯周療法)			Non-precious, cast (铸造 (単金属))		
Scaling / Root Planing (スケールリング / ルートプレーニング)			Plastic processed to gold (レジン前装冠 (金合金))		*
Occlusal adjustment (咬合調整)			Plastic processed to semi-precious metal (レジン前装冠 (セミプレシャス・メタル))		
Surgical procedures (外科処置)			Plastic processed to non-precious metal (レジン前装冠 (単金属))		
6 ENDODONTICS (歯内療法)			Porcelain fused to metal (ポーセレン前装)		*
Pulp Capping (歯髄覆蓋)			<Abutments: Inlay / Onlay> (支台: インレー / アンレー)		
Pulpotomy (歯髄切断)			Gold (金合金)		*
Root Canal Therapy (根管処置)			Semi-precious (セミプレシャス・メタル)		
Root Canal Retreatment (根管再治療)			<Abutments: Crowns> (支台: クラウン)		
Apexification (アペシフィケーション)			Plastic processed to gold (レジン前装冠 (金合金))		*
Surgical Procedures (外科処置)			Plastic processed to semi-precious metal (レジン前装冠 (セミプレシャス・メタル))		
Other Procedures (その他の処置)			Plastic processed to non-precious metal (レジン前装冠 (単金属))		
7 POST / CORE (支台策造)			Porcelain fused to metal (陶材焼付金属冠)		*
Crown Build Up (歯冠部の築造)			Gold full cast or partial veneer (全部铸造もしくは部分被覆冠 (金合金))		*
Prefabricated Post / Core (既製 ポスト / コア)			Semi-precious metal (セミプレシャス・メタル冠)		
Cast Post / Core (Gold) (铸造 ポスト / コア (金合金))		*	Non-precious metal (単金属冠)		
Cast Post / Core (Other material) (铸造 ポスト / コア (金合金以外の金属))			Recement of Bridge (ブリッジの再装着)		
8 AMALGAM FILLING (アマルガム充填)			14 PROSTHODONTICS-REM (補綴処置-可撤性義歯)		
Primary tooth (乳歯)			Complete Denture U/L (総義歯 上/下)		
Permanent tooth (永久歯)			Immediate Denture U/L (即時義歯 上/下)		
9 COMPOSITE RESIN FILLING (コンポジットレジン充填)			Acrylic Partial Denture U/L (レジン床局部義歯 上/下)		
Primary tooth (乳歯)			Cast Partial Denture U/L (铸造床局部義歯 上/下)		*
Permanent tooth (永久歯)			Denture Adjust (義歯調整)		
10 INLAY / ONLAY (インレー / アンレー)			Reline Denture U/L (リライン 上/下)		
Gold Alloy (金合金)		*	Denture Repair (義歯修理)		
Silver Alloy (銀合金)			Tissue Condition (ティッシュュー・コンディショニング)		
Ceramic (セラミック)		*	15 MEDICINE (投薬)		
Resin (レジン)		*	16 OTHER PROCEDURES (その他の処置)		
Recement of Inlay / Onlay (インレー / アンレーの再装着)					
11 LAMINATE VENEER (ラミネート・ベニアー)					
Porcelain / Resin (ポーセレン / レジン)		*			
			Unit is (通貨単位)		TOTAL FEE (総額)

(注) 1. 治療費に「*」印が記入された治療は健康保険給付対象外です。

2. 「*」印以外の治療で金属を使用した場合は必ず金属名を記載願います。材料が金銀パラジウム合金・銀合金・ニッケルクロム合金以外は、原則として保険給付対象外です。

3. クラウンを保険給付対象外の材料で治療した場合、その支台策造も保険給付対象外になります。

6. Name and Address of Attending Dentist or Dental Office 歯科医師の氏名及び住所又は歯科医院名称及び所在地

Name : _____

Address : _____

Date : _____ Signature : _____