

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

FormC (様式C)

医師(療養担当者)記入用

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.  
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 for each hospitalization / outpatient visit (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。

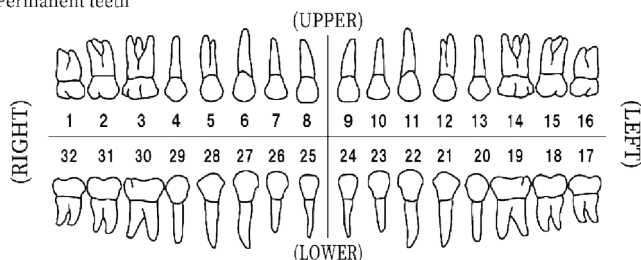
Form C (様式C)

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

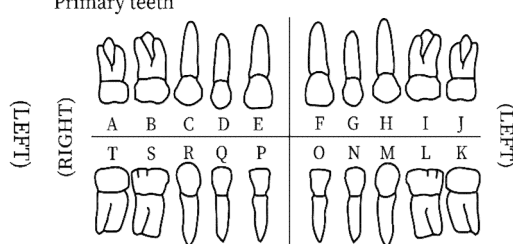
Name of Patient (Last, First)		Date of Birth (D / M / Y)	/ /
Sex (性別)	Male · Female	Medical Record Number (診療録番号)	
Date of Initial Visit (D/M/Y)(初診日)	/ /	No. Days of Visit/Treatment	days

\*Please circle the treated tooth 治療した歯に○をつけてください

Permanent teeth



Primary teeth



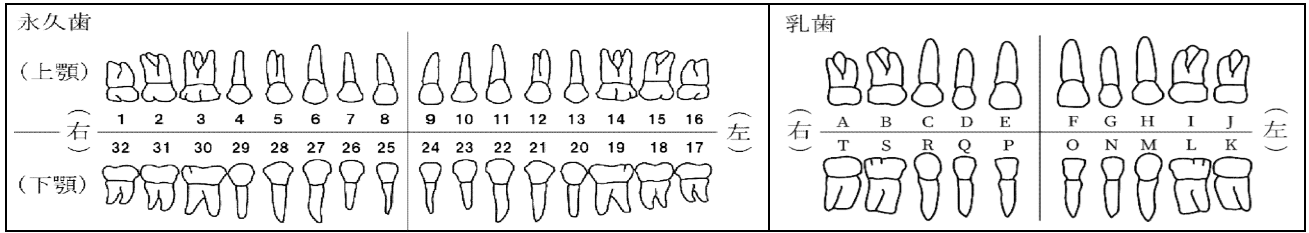
TYPE OF TREATMENT 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. and Surface (患歯部位)	Date			Fee 治療費
		D	M	Y	
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 *Material 素材( )					
Metal Crown 金属冠 *Material 素材( )					
Post Crown 継続歯 *Material 素材( )					
Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材( )					
Bridgework ブリッジ *Material 素材( )					
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					
Medication 投薬					
Other その他					
TOTAL(合計)					

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION (担当医情報欄)

Medical Institution Name: (医療機関名)			
Address: (住所)			
Name of Physician: (担当医名)			
Signature: (署名)	Phone(電話)		
	Date Completed (作成年月日)		

# 様式C 邦訳



## 治療の部位

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		年	月	日	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー 素材( )					
金属冠 素材( )					
継続歯 素材( )					
ジャケット冠 素材( )					
ブリッジ 素材( )					
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					
Medication 投薬					
Other その他					
合計					

翻訳者

住所

---



---

氏名

---

電話

---