Request to Attending Physician
担当医へのお願い

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保険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 attending physician.**
   この様式は担当医が記入し、署名して下さい。

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

Name of patient (Last , First) (患者名) ____________________ **Age (Date of Birth)** 年齢 (生年月日)__________ **Gender(Male・Female)** 性別 (男・女)

Date of First Diagnosis (初診日) __________ **Days of Diagnosis and Treatment** (診療日数) __________**days**

Permanent tooth					**Deciduous tooth**			
(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)		8 7 6 5 4 3 2 1	8 7 6 5 5 6 7 8			e d c b a	a b c d e	

Name of Illness 傷病と部位

1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4. The Others その他	5. The Others その他

Itemized Receipt
領収明細書

＊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	充填	
＊Inlay	インレー	
＊Mental 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	

貨幣単位 __________

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

Name 名前：(**Last , First**) ____________________ **Title** 称号 __________

Address 住所：**Home** 自宅 ____________________ **Phone** 電話 __________

Office 病院又は診療所 ____________________ **Phone** 電話 __________

Date 日付： __________ **Signature** 署名 ____________________