

## Attending Physician's Statement

### 診療内容明細書

1. Name of Patient (Last , First) Age (Date of Birth) Sex(Male · Female)  
 患者名 \_\_\_\_\_ 年齢 (生年月日) \_\_\_\_\_ 性別 (男 · 女) \_\_\_\_\_

2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use National Health Insurance (See the other side of this form)  
 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号

3. Date of First Diagnosis : D / M / Y \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 初診日 日 / 月 / 年

4. Duration of Treatment : \_\_\_\_\_ days  
 診療日数 日

5. Type of Treatment

治療の分類

Hospitalization : From \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ , to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( days)  
 入院 自 \_\_\_\_\_ , 至 \_\_\_\_\_ ( 日間)

Out patient or Home Visit : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 入院外 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)  
 症状の概要

7. Prescription , Operation and Any other treatments (in brief)  
 処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury ? Yes  No   
 治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B  
 治療実費 様式B

10. 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 \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Attending Physician 担当医

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

Request to Attending physician (担当医へお願い)

- Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.  
この様式は患者の国民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、署名してください。
- One form for each month and one for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.  
各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。
- Separate receipt required for prescriptions. 薬剤料は別に処方箋を添付のこと。
- Please specify material, for items marked ※. ※印の項目については材質も明記してください。

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性別 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 男 女
------------------------	-----------------------	--

Date of First Diagnosis 初診日	Duration of Treatment _____ days 診療日数 日間
--------------------------------	---

Permanent Teeth (永久歯) R 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 L	Baby Teeth(乳歯) R E D C B A   A B C D E L
--	---

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)  
 ・Pyorrhea alveolaris(P)(歯槽膿漏) ・extraction needed(Z)(要抜歯)

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診療			Comp.複合レジン 1. Serf		
2. X-ray レントゲン診断			2. Serf		
Bite-wings 咬翼型 ×			3. Serf		
Periapical 標準型 ×			※Other(Material) その他 _____		
Panoramic パノラマ ×			※9. Inlay/Onlay(Material) インレー/アンレー		
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			10. Amal./Comp.Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		
4. Prophylaxes 予防			Post c Core メタルコア		
Scaling 歯石除去			※Other (Material) その他 _____		
Fluoride フッ化物塗布			11. Crown 冠		
5. Extraction 抜歯			Porcelain/Gold ポーセレン・金		
6. Periodontal Scaling/ Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化			Silver alloy 銀合金		
Gingival Curettage 毛嚢搔爬			※Other(material) その他 _____		
7. Pulp Cap 歯髄覆			※12. Bridge Work ブリッジ		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			Abut (material) 支台歯		
Root Canal Therapy 根管治療 1canal 根管			Pontic (material) ダミー		
2canal					
3canal					
8. Filling 充填			※13. Plate Denture (material) 有床義歯 _____		
Amal.アマルガム 1. Serf 面			※14. Other(Material) その他 _____		
2. Serf					
3. Serf					
			Total Fee 合計		

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医院の名称及び所在地

Date 日付	Signature 署名
------------	-----------------

申請者の方へ ※印がついている項目に医師の記入がある場合は必ず<別紙>に和訳をつけてください。  
材質の場合は具体的にどのようなものか訳してください。