

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 long-term care insurance benefit.
この様式は患者の後期高齢者医療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 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。

Permanent (疾病の名称および部位)

Baby teeth (乳歯)

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

V IV III II I

I II III IV V

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

V IV III II I

I II III IV V

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)

Date of First Diagnosis (初診日)

Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) _____ day(日間)

Office Visit Fees (診断料)

Examination Fees (検査料)

X-Ray Fee (レントゲン)

Other (その他)

Currency paid

(支払通貨)

Services (治療した歯の部位と治療の種類)

Describe when gold or platinum was used

(治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)

• Filling (充てん)

• Inlaying (インレー又はアンレー)

• Capping(metal) (金属冠)

• Jacket capping (ジャケット冠)

• Capping connected (歯冠継続歯)

Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)

• Bridge (ブリッジ)

• Total artificial teeth (総義歯)

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)

Signature of Doctor (担当医署名)

Date (日付)

Total (計)

翻訳（様式 C の続紙：歯科）

その他

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	
住 所	電話