

**Request to Attending Dentist 歯科医へのお願い**

1. 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なですので、証明をお願いします。

2. This form should be completed and signed by the attending dentist.

この様式は歯科医が書き、かつ署名してください。

3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.

各月ごと、入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

**Attending Dentist'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. Date of First Diagnosis :    D / M / Y    \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 初 診 日                      年 / 月 / 日                      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
3. Days of Diagnosis and Treatment : \_\_\_\_\_ days  
 診 療 日 数                      \_\_\_\_\_ 日

Identify Missing Teeth with "X" FACIAL UPPER RIGHT LOWER LINGUAL LEFT PRIMARY PERMANENT "X" Remarks for Unusual Services	Tooth # or letter	Name of Illness 傷病名	Surface 治療面	Description of Service (including X-rays, Prophylaxis, Materials used, etc) 処置内容 (X線写真、予防処置、使用材料等を含む)	Date Service Performed D / M / Y 治療日
				1.	/ /
				2.	/ /
				3.	/ /
				4.	/ /
				5.	/ /
				6.	/ /
				7.	/ /
				8.	/ /
				9.	/ /
				10.	/ /

Description of Services (If other than above) 上記以外の処置

Name and Address of Attending Dentist 歯科医の名前および住所

Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ phone \_\_\_\_\_

Office 病院または診療所 \_\_\_\_\_ phone \_\_\_\_\_

Date 日付 : \_\_\_\_\_ Signature 署名 : \_\_\_\_\_

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

■ 邦訳

傷病名	処置内容 (X 線写真、予防処置、使用材料等を含む)
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.
	9.
	10.

■ 邦訳

上記以外の処置

翻訳者記入欄	
名前	
住所	
	TEL