

Form C

1. This form is used for claiming the health insurance benefit.
この様式は、健康保険の給付の申請に使用されます。

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 sheet of this form is to be used for each month / hospitalization / out patient / home visit.
各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式1枚が必要です。

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

1. 【患者名】 Name of Patient : _____ (性別) Sex : Male • Female
【生年月日】 Age (Date of Birth) : Day : _____ Month : _____ Year : _____ Age: _____

2. 【初診日】 Date of first Diagnosis : Day : _____ Month : _____ Year : _____

【診療年月】 Duration of Diagnosis and Treatment :

Please circle the day when a patient visited your medical institution.

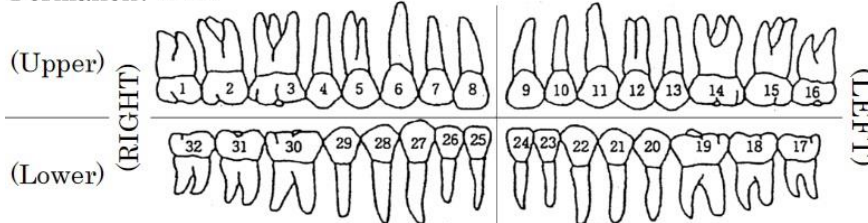
【年月】 Month : _____ Year : _____

【診療日】 Date : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

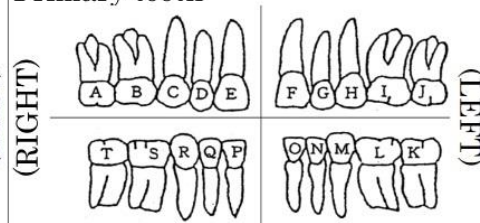
【日数】 Duration : _____ Days

3. 【病名】 Please circle the treated tooth and the disease : (該当する部位を○で囲み病名をつける)

Permanent tooth



Primary tooth



- 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)

4. 【治療の分類】 Type of Treatment

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. 患歯部位	Fee 治療費
Office Visit Fees 診断料		
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		
Metal Crown 金属冠		
Post Crown 継続歯		
Jacket Crown ジャケット冠		
Bridge work ブリッジ		
(Plate・Partial・Complete)Denture (有床・局部・総)義歯		
Medication 投薬		
The Others その他		
Total 合計		

5. 【医療機関名】 Medical Institution Name : _____

【住所】 Address : _____

【担当歯科医】 Name of Dentist : _____ (称号) Title : _____

【担当医署名】 Signature of Dentist : _____ 【電話番号】 Phone : _____

_____ 【記入日】 Date Completed : Day : _____ Month : _____ Year : _____