

## 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

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

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 ( 歯冠継続菌 )

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