

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill the boxed areas with bold lines so that patient may claim the social insurance benefit in English or Japanese.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、日本語または英語で太枠内に記入してください。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
- Please fill in the description of service other than listed items.
1～12の項目に該当しない診療内容がある場合は、「13.Other その他」の欄に記入してください。
- One form for each month (from 1st to end of a month) and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
各月(1日～末日)毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 性別 男 女
Name of Illness or Injury / Symptoms with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the other side of this form) 傷病名 / 症状 及び健康保険用国際疾病番号分類 (No.)		<input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠

Description of Services 診療内容	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Fee 料金
1. Initial Office Visit 初診日		8. Hospital Visit 入院時医学管理	
2. Days of Diagnosis and Treatments 診療日数 days		9. Operation 手術	
3. Type of Treatment 治療の分類		Fixation 固定	
Hospitalization		Dressing 包交	
入院 From / / To / / (days)		Other Procedure (Specify) その他の処置	
Outpatient or Home Visit		10. Anesthesia 麻酔	
入院外 / / . / / / / . / / / / . / /		<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> General 局所 脊椎 全身	
4. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬		11. Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室	
5. <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> IV Treatment 注射 点滴 Pharmacy 薬剤		12. Radiology 画像診断	
6. Laboratory (Specify) 検査		<input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断	
<input type="checkbox"/> Urine 尿		<input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査	
<input type="checkbox"/> Blood 血液		<input type="checkbox"/> Nuclear Scan 核医学診断	
<input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図		13. Other その他	
<input type="checkbox"/>			
7. Physiotherapy 理学療法 times		Total Fee 合計	

Name and Address of Hospital/Clinic 病院、診療所の名称及び所在地
Name of Physician 医師の氏名
Date 年月日
Signature 署名

Information about Translator 翻訳者情報
Address 住所
Tel 電話
Name or Company Name 氏名(または社名) 印/サイン

※The part written by a non-Japanese language enters a Japanese translation in the margin.
外国語で書かれている箇所は、その部分の余白に邦訳を記入。

※調剤薬局での処方薬購入費用のみ申請する場合ご記入ください。
薬局・薬価で記載された調剤薬局発行の領収明細書があれば申請者の起票可。
その場合、以下に署名のこと。

上記の申請内容に間違いがないことを確認した上で署名します。

署名 _____

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill the boxed areas with bold lines so that patient may claim the social insurance benefit in English or Japanese.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、日本語または英語で太枠内に記入してください。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。

3. Please specify material, for items marked ※
※の項目については材質も明記してください。
4. One form for each month (from 1st to end of a month) and one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out.
毎月(1日～末日)毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

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

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 性別 男 女
Initial Office Visit 初診日	Days of Diagnosis and Treatments 診療日数 days	
Diagnosis / Symptoms 診断 症状		

Tooth Number 歯式																													
Permanent Tooth 永久歯										Milky Tooth 乳歯																			
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J				
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L	R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8													
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17		#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K		

Description of Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1. Examination 診察			9. Inlay / Onlay (Material)※ インレー/アンレー		
2. X-ray レントゲン診断			10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台構造		
Bite-wings 咬翼型 ×			Post & Core メタルコア		
Periapical 標準型 ×			Other (Material)※ その他		
Panoramic パノラマ ×					
3. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			11. Crown 冠		
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢除去			Porcelain ポーセレン		
Fluoride フッ化物塗布			Silver alloy 銀合金		
5. Root Planing スケーリング・ルートプレーニング			Gold 金		
Gingival Curettage 歯周ポケット搔爬			Other (Material)※ その他		
Perio-Operation 歯周外科手術			12. Bridge Work ブリッジ		
6. Extraction 抜歯			Abutment (Material) 支台歯		
Other Operation その他の手術			Pontic (Material) ダミー		
7. Pulp Cap 歯髄覆			13. Plate Denture (Material)※ 有床義歯		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			14. Other (Material)※ その他		
Root Canal Therapy 根管治療					
1 Canal 根管					
2 Canal 根管					
3 Canal 根管					
8. Filling 充填			Total Fee 合計		
Amal. アマルガム	1.Serf 面				
	2.Serf 面				
Comp. 複合レジン	3.Serf 面				
	1.Serf 面				
	2.Serf 面				
	3.Serf 面				
Other (Material)※ その他					

Name and Address of Hospital/Clinic 病院、診療所の名称及び所在地
Name of Physician 医師の氏名
Date 年月日
Signature 署名

Information about Translator 翻訳者情報
Address 住所
Tel 電話
Name or Company Name 氏名(または社名) 印/サイン

※The part written by a non-Japanese language enters a Japanese translation in the margin.

外国語で書かれている箇所は、その部分の余白に邦訳を記入。