

Form C  
様式 C

- 1 Please fill in this form so that patient may claim the socila insurance benefit.  
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、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、かつ署名してください。
- 3 Please specify material,for items marked. ※  
※印の項目については材質も明記してください。
- 4 If not in dollars,please specify the unit used.  
ドル以外の貨幣の場合はその旨書いてください。
- 5 Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e.,payment for a luxurious room charge.  
高級室料等治療に直接関係ないものは除いてください

## Attending Physician's Statement 診療内容明細書(歯科)

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex 性別		<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Initial Office Visit 初診日			Days of Services 診療日数			days 日間	
Localization of Tooth 永久歯				Localization of Tooth 乳歯			
Permanent Tooth 永久歯				Deciduous Tooth 乳歯			
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				E D C B A   A B C D E			
Name of Illness 傷病名							
1.Dental Caries う蝕症		2.Missing Tooth 欠損		3.Periodontal Diseases 歯周病		4.The Others その他	
Services 診療内容				Fee 料金			
1 Examination 診察				Comp 複合レジン			
2 X-ray レントゲン診断				1. Serf			
Bite-wings 咬翼型 ×				2. Serf			
Periapical 標準型 ×				3. Serf			
Panoramic パノラマ ×				※Other(Material) その他			
Models スタディモデル				※9 Inlay / Onlay(Material) インレー/アンレー			
3 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no				10 Amal./Comp.Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造			
4 Prophylaxies/Scaling 歯石 ← 歯石除去 Fluoride フッ化物塗布				Post c Core メタルコア ※Other(Material) その他			
5 Extraction 抜歯				11 Crown 冠			
6 Perio-dontal Ssaling / Root planing 歯肉下歯石除去/根面平滑化 Gingival Curettage 盲嚢搔爬				Porcelain / Gold ポーセレン・金 Silver alloy 銀合金 ※Other(Material) その他			
7 Pulp Cap 歯髄覆				12 Bridge Work ブリッジ			
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄				Abut (Material) 支台歯			
Root Canal Therapy 根管治療 1. canal 根管				Pontic (Material) ダミー			
2. canal				※13 Plate Denture (Material) 有床義歯			
3. canal				※14 Other (Material) その他			
8 Filling 充填				Total Fee 合計			
Amal. アマルガム 1. Serf 面							
2. Serf							
3. Serf							
Unit is 貨幣単位							
Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所又は歯科医院の名称及び所在地							
Date 月日				Signature 署名			

邦訳（各項目の材質を邦訳すること）

8 充填・その他

9 インレー・アンレー

10 支台築造・その他

11 冠・その他

12 ブリッジ

13 有床義歯

14 ※ その他(項目明記)

翻訳者記入欄	
氏名	サイン
住所	電話

申請者の方へ

1. ※印がついている項目に医師の記入がある場合は上の邦訳部分に必ず和訳をつけてください。
2. 使用した材質は具体的にどのようなものが訳してください。