Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 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 . One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式 1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement

Ī	歯科診療内容明細書		
1. Name of Patient(Last, First)	Age(Date of birth)		Sex (Male • Female)
患者名	年齢(生年月日)		性別
2. Date of first Diagnosis	3. Days of Diagnosis and Trea	itment	
初診日	診療日数	days	
	少 /泉口奴 		
Permanent tooth	0	Primary tooth	1
(Upper) (1) 2 1 3 4 5 6 7 8 (2) (2) (2) (2) (2) (2) (2) (2) (2) (2)	9 10 11 12 13 14 15 16 24 22 22 22 22 29 19 18 17	(RIGHT)	DE FONL!
(Lower) 32 (31 \(\frac{32}{30}\) (22 \(\frac{22}{28}\) (27 \(\frac{22}{28}\) (25 \(\frac{22}{28}\)	24/23/22/21/20 19 18 17		
Type of Treatment 治療の分類		!	
Dental Treatment	Localization of Teeth Examined	l Date	
歯科治療	患歯部位	MO. DA.	YR. 治療費
Iinitial Office Visit 初診料			
X - Ray Examination レントゲン検査			
Dental Pulp Extirpation 抜髄			
Operation 手術			
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 Denture 有床義歯			
Partial Denture 局部義歯			
Complete Denture 総義歯 Treatment of Pyorrhea Alveolaris			
歯槽膿漏処置			
Medicine 投薬			
TI 041 7.04h			
The Others その他			
		Total	1 合計
Name and Address of Attending Physic	cian		
担当医の名前及び住所			
Name Last(姓)	First(名)	Title(称号)	
Address Home(自宅)		Phone(電話)	
Office(病院または診療所)		Phone	
Date(日付)	Signature(署名)		
		Attending Phys	sician(担当医)
	Reference Number of your	Medical Record (i	if applicable)
	診療録の番号		

		D.:	imarri	tooth		
Permanent tooth		Pr	imary 1	OOTH -	1	0 0
(Upper) H (1) 2 (3) (4) 5 (6) 7 8 (2) (20) (20) (20) (20) (20) (20) (20)	9 10 11 12 13 14 1 15 15 15 12 17	(LHT)	(S)		DE.	TOTAL ST
(Lower) 32 31 \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	2422/22/21/20 19 18 17	(RIGHT)				E GH T T E
治療の分類		Į.				
歯科治療	患歯部位		月	日付日	年	治療費
初診料						
レントゲン検査						
抜髄						
手術						
抜歯						
充填						
インレー						
金属冠						
継続歯						
ジャケット冠						
ブリッジ						
有床義歯 局部義歯 総義歯						
歯槽膿漏処置						
投薬						
その他						
		'			合計	
	翻訳者					

抓白	
住所	
氏名	
電話	