RECEIPT (DENTAL)　領収明細書(歯科)

Request to Attending physician

担当医へお願い

1.**Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit.**

この様式は患者の国民健康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、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・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Name of Patient_____

患者名_____

Age (Date of Birth)_____　**年齢（生年月日）**_____

Sex (Male・Female)_____　**性別（男・女）**_____

Permanent（疾病の名称および部位）

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

Baby teeth（乳歯）

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E

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)

・**The Other** (　　)

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**（歯冠継続歯）	
Chipped Teeth（欠損歯を補綴した場合その部位と種類） ·**Bridge**（ブリッジ）	
·**Partial artificial teeth**（局部義歯）	
·**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） _____