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 social 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、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.
   月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement
歯 科 診 療 内 容 明 細 書 （D）

Name of patient (Last, First)
（患者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Age (Date of Birth)
年令（生年月日）＿＿＿＿＿＿

Gender (Male・Female)
性別（男・女）

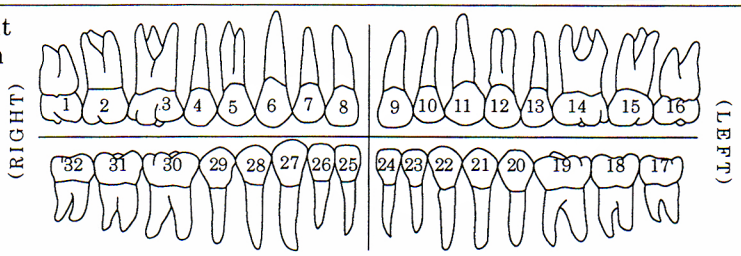
Date of First Diagnosis （初診日）：＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿

Days of Diagnosis and Treatment （診療日数）：＿＿＿＿＿＿ days

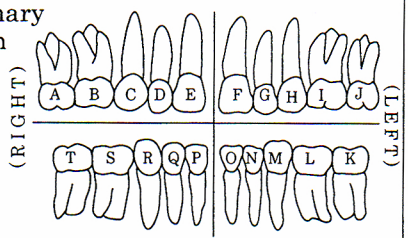
Permanent tooth

(Upper)

(Lower)



Primary tooth



Tooth No, of Letter	Description of Service (Including X-Rays, Prophylaxis, Materials used . ETC.)	Date MO.	Date DA.	Date YR.	Amount
	Total Amount				

Name and Address of Attending Dentist
担当医の氏名および住所

Name 氏名 Last 姓 ＿＿＿＿＿＿ First 名 ＿＿＿＿＿＿ Title 称号 ＿＿＿＿＿＿

Address 住所：Home 自宅 ＿＿＿＿＿＿ Phone 電話 ＿＿＿＿＿＿

Office 病院または診療所 ＿＿＿＿＿＿ Phone 電話 ＿＿＿＿＿＿

Date 日付 ＿＿＿＿＿＿ Signature 署 名 ＿＿＿＿＿＿

Attending Dentist 担 当 医

Reference Number of your Medical Record (if appilicable)

	翻 訳 者 記 入 欄
氏名	㊞
住所	(TEL)