

(参考)

[様式：医第7号]

※医師に証明してもらう参考例

Request to Dental Surgeon

歯科医師へのお願い

- 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なですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the Dental Surgeon.
この様式は歯科医師が書き、かつ署名してください。
- One form for each month should be filled out.
各月毎にこの様式1枚が必要です。
- If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合は、その旨を書いてください。

Official Receipt and Itemized Receipt(Dental)

領収書兼領収明細書(歯科)

Name of Patient (Last, First) Keiko Date Age (Date of Birth) 7/8/1967 Sex (Male, Female) (Female)
 患者名 (伊達 恵子) 年齢(生年月日) ('67年 7月 8日) 性別(男・女)

Date of First Diagnosis : 6/1 , 1999 Days of Diagnosis and Treatment : 3 days
 初診日 ('99年 6月 1日) 診察日数 (3日間)

Localization of Teeth 部位	
Permanent Teeth 永久歯	Deciduous Teeth 乳歯
R. <u>8(7)6(5)432(1)</u> 12345678 L.	R. <u>edcba abcde</u> L.
87654321 12345678	edcba abcde

I Name of Illness 傷病名			
1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4. The Others その他
	<u>6</u>		

II Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
1. Initial Office Visit 初診料	邦訳	邦訳	\$
2. X Ray Examination X線検査			\$
3. Dental Pulp Extirpation 抜髄			\$
4. Extraction 拔牙			\$
5. Filling 充填			\$
6. Inlay インレー			\$
7. Metal Crown 金属冠			\$
8. Post Crown 継続歯	<u>4.1</u>		\$ <u>50</u>
9. Jacket Crown ジャケット冠			\$
10. Bridge Work ブリッジ	<u>7.6.5</u>		\$ <u>130</u>
11. Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			\$
12. Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏 処置			\$
13. Medicine 投薬			\$
14. The Others その他			\$
15. Total 合計		Unit is 貨幣単位 _____	\$ <u>180</u>

Name and Address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 Tamura First 名 Masao Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 266-0151

Office 歯科医院 44 West milk st. Mdison 8ky D.C Phone 電話 _____

Date 日付 6/27/1999 ('99年 6月 27日) Signature 署名 Tamura

Attending Physician 担当医

(注) 翻訳文は必ず具体的に記載してください。

[平成12年4月]

Request to Dental Surgeon

歯科医師へのお願い

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 Dental Surgeon.
この様式は歯科医師が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month should be filled out.
各月毎にこの様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合は、その旨を書いてください。

Official Receipt and Itemized Receipt (Dental)

領収書兼領収明細書(歯科)

Name of Patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male, Female)
患者名 () 年齢(生年月日) (年 月 日) 性別(男・女)

Date of First Diagnosis : _____ Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
初診日 (年 月 日) 診察日数 (日間)

Localization of Teeth 部位			
Permanent Teeth 永久歯		Deciduous Teeth 乳歯	
R.	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	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	L.	e d c b a a b c d e

I Name of Illness 傷病名			
1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4. The Others その他
_____	_____	_____	_____

II Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
1. Initial Office Visit 初診料	邦訳	邦訳	\$
2. X Ray Examination X線検査			\$
3. Dental Pulp Extirpation 抜髄			\$
4. Extraction 拔牙			\$
5. Filling 充填			\$
6. Inlay インレー			\$
7. Metal Crown 金属冠			\$
8. Post Crown 継続歯			\$
9. Jacket Crown ジャケット冠			\$
10. Bridge Work ブリッジ			\$
11. Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			\$
12. Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置			\$
13. Medicine 投薬			\$
14. The Others その他			\$
15. Total 合計	(Unit 貨幣単位 _____)		\$

Name and Address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前及び住所

Name 名前: Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 歯科医院 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ (年 月 日) Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医