

【FormA】

海外療養費（医科・歯科）

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 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ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式が1枚が必要です。
- Separate receipt required for prescriptions.
薬材料は別に処方箋を添付のこと。

Attending Physician's Statement（診療内容明細書）**1 Name of patient(Last,First)**

患者名

Sex(Male.Female)

性別 Male · Female

Date of Birth (D / M / Y)

生年月日

____ / ____ / ____

Medical Record Number

診療録番号

2 Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance

傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

(No. _____)

3 Date of First Diagnosis (D / M / Y)

初診日

____ / ____ / ____

4 Days of Diagnosis and Treatment

診療日数

_____ days

5 Type of Treatment (D / M / Y)

治療の分類

 Hospitalization From ____ / ____ / ____ to ____ / ____ / ____ (_____ days)

入院

 Outpatient or Home Visit

入院外

____ / ____ / ____
____ / ____ / ________ / ____ / ____
____ / ____ / ____**6 Nature of Illness or Injury (in brief)**

病状の概要

7 Prescription, Operation and Any Other Treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要

8 Was treatment required as a result of accidental injury?

治療は事故の傷害によるものですか？

 Yes No

9 Breakdown of Medical Expenses Paid to Hospital and / or Attending Physician : Please fill out Form B

医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：Form B による

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄**Medical Institution Name :** (医療機関名)**Address :** (住所)**Name of Physician :** (担当医名)**Title :** (称号)**Signature :** (署名)**Phone :** (電話)**Date Completed :** (作成年月日)

____ / ____ / ____

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

2 Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance

傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6 Nature of Illness or Injury (in brief)

病状の概要

7 Prescription, Operation and Any Other Treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

電話

Itemized Receipt（領収明細書）

Permanent tooth	Primary tooth
Identify examined teeth : (該当する部位を○で囲み病名をつける) <input type="checkbox"/> Dental Caries (C) (う蝕症) <input type="checkbox"/> Missing Tooth (F) (欠損) <input type="checkbox"/> Periodontal Diserases(P)(歯周病) <input type="checkbox"/> The Others(その他)	

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. 歯式	Fee 料金
1.Examination 診察			Comp. 複合レジン	1.Serf	
2.X-Ray レントゲン診断			2.Serf		
Bite-wings 咬翼型 ×			3.Serf		
Periapical 標準型 ×			Other(Material)		
Panoramic パノラマ ×			その他 _____		
3.Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			9.Inlay/Onlay (Material)		
4.Prophylaxies/Scaling 歯石 ← 歯石除去 Fluoride フッ化物塗布			インレー アムレー		
5.Extraction 抜歯			10.Comp.Build-up		
6.Perio-dontal Scaling/ Root planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化 F-ope/G-ect 歯肉剥離掻爬術・歯肉切除術			複合レジンによる支台築造 Post c Core メタルコア Other(Material) その他 _____		
7.Pulp Cap 歯髄覆			11.Crown 冠		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			Porcelain/Gold ポーセレン・金		
Root Canal Therapy 根管治療			Silver alloy 銀合金		
1canal 根管			Other(Material)		
2canal			その他 _____		
3canal			12.Bridge Work ブリッジ		
8.Filling 充填			Abut (Material)		
1.Serf 面			支台歯		
2 Serf			Pontic (Material)		
3 Serf			タミー		
			13.Plate Denture (Material)		
			有床義歯		
			14. Other (Material)		
			その他 _____		
	Unit is 貨幣単位		Total Fee 合計		

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name : (医療機関名)

Address : (住所)

Name of Physician : (担当医名)

Title : (称号)

Signature : (署名)

Phone : (電話)

Date Completed : (作成年月日) / /

Itemized Receipt（領収明細書）

8 Filling 充填

Other(Material)

その他（材質）

9 Inlay/Onlay (Material)

インレー アンレー（材質）

10 Amal./Comp.Build-up

支台築造

Other(Material)

その他（材質）

11 Crown 冠

Other(Material)

その他（材質）

12 Bridge Work ブリッジ

Abut(Material)

支台歯（材質）

Pontic(Material)

ダミー（材質）

13 Plate Denture (Material)

有床義歯（材質）

14 Other (Material)

その他（材質・項目明記）

翻訳者

住所

氏名

電話