※この用紙は担当医に記入していただいて下さい。（困難な場合はご自分でご記入下さい。）

**Request　to　Attending　Physician（担当医へのお願い）**

１．Please　fill　in　this　form　so　that　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書き、かつ署名して下さい。

３．One　form　for　each　month　and　one　form　for　hospitalization/outpatient(home　visit)should

　　be　filled　out.　各月毎、入院・入院外毎に付、この様式１枚が必要です。

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

FormＡ（様式Ａ）

１．Name　of　Patient(Last,First)　井上　智子　　　　　　　　　Age　１２　　　Sex　(Male・Female)

　　患者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　　　性別(　男　・　女　)

２．Name　of　Illness　or　Injury　Preferably　with　the　number　of　International　Classification　of　Diseases　for　the　use　of　Social　Insurance(Please　refer　to　the　table　attached　to　this　form).

　　傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号（附録参照）　　下記のａ.ｂ.ｃ.のいずれかを記入　　（Ｎｏ．　　　）

３．Date　of　First　Diagnosis：　　３／１５　　　　　　，２００６

ａ.う蝕

ｂ.歯肉炎及び歯周疾患

ｃ.その他の歯及び歯の支持組織の障害

４．Days　of　Diagnosis　and　Treatment：　　　　３　　　days

　　診療日数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日間

５．Type　of　Treatment（治療の分類）

　　□Hospitalization：　From　　　　　　,　　　　　to　　　　　　　,　　　　　　（　　　　　days）

　　　入院　　　　　　　　自　　　　　　　　　　　　至　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日間

　　□Outpatient　or　 Home　Visit　　　２００６　,　３／１５　　　　２００６　,　４／３

　　　入院外　　　　　　　　　　　　　　２００６　,　５／２　　　　　　　　　　,

６．Nature　and　Condition　of　Illness　or　Injury　（in　brief）　（病状の概要）

　　　う蝕で歯が痛い

７．Prescription,　operation　and　any　other　treatments（in　brief）

　　処方、手術その他の処置の概要

　　　う蝕治療

８．Was　the　treatment　required　as　a　result　of　an　accidental　injury？　Ｙｅｓ　・　Ｎｏ

　　治療は事故の傷害によるものですか

９．Itemized　amounts　paid　to　Hospital　and　/　or　Attending　Physician.：Fill　in　Form　Ｂ

　　項目別治療実費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式Ｂによる

10．Name　and　Address　of　Attending　Physician（担当医の名前及び住所）

　　Name　名前　：　Last姓　　　　　　　　　　　　　First名　　　　　　　　　　　　Title称号

　　Address住所：　Home自宅　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Phone電話

　　　　　　　　　　Office病院又は診療所　　　　　　 　　　　　 　　　　　Phone電話

Date日付　　　　　　　　　Signature署名　　　　　　　　　　　　　Attending　Physician　担当医

Reference　Number　of　your　Medical　Record（if　applicable） 診療録の番号

治療を受けた医療機関の情報