

Solicitação ao Médico Responsável
担当医へのお願い

1. Favor preencher este formulário para que o paciente possa solicitar os benefícios do seguro de saúde.
この様式は患者の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. Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. Deve ser preenchido um formulário para cada mês e um para internação, ambulatório, etc.
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

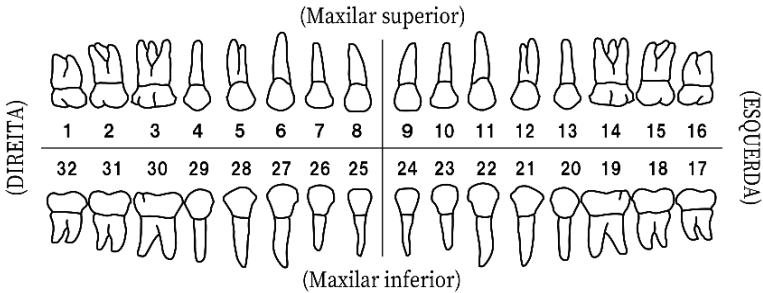
Formulário C
様式 C

Declaração de Tratamentos Odontológico
歯科診療内容明細書

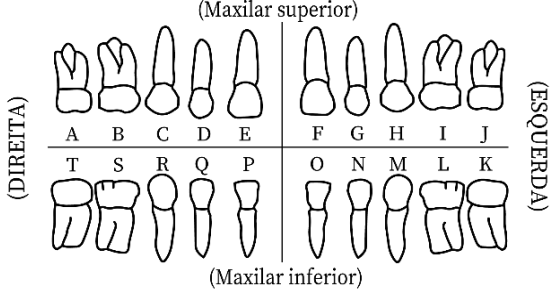
Nome de Paciente (Sobrenome, Nome)	Data de Nascimento (Dia / Mês / Ano)	Sexo	Masculino · Feminino
患者名	生年月日	性別	
Data da Primeira Consulta (Dia / Mês / Ano)	Dias de Consulta	Número de Registro Médico	
初診日	診療日数	診療録番号	

*Marque o dente tratado 治療した歯に○をつけてください

Dentes permanente



Dentes de leite



CLASSIFICAÇÃO DO TRATAMENTO 治療の分類

Tratamento Dental 歯科治療	Número e Parte do Dente 患歯部位	Data			Valor 治療費
		Dia	Mês	Ano	
Primeira Consulta 初診料					
Exames de Raio X レントゲン検査					
Tratamento de Canal 抜髄					
Cirurgia 手術					
Extração 抜歯					
Obturação 充填					
Incrustação Dentaria インレー *Material 素材()					
Coroa Metálico 金属冠 *Material 素材()					
Coroa com Cavilha 継続歯 *Material 素材()					
Jaqueta de Ceramica ジャケット冠 *Material 素材()					
Ponte Dental ブリッジ *Material 素材()					
Dentadura 有床義歯 Dentadura Parcial 局部義歯 Dentadura Completa 総義歯					
Tratamento de Piorrécia 歯槽膿漏処置					
Medicamentos 投薬					
Outros その他					
Total 合計					

INFORMAÇÃO DO DENTISTA 担当歯科医情報欄

Nome da Instituição Médica: (医療機関名)	
Endereço: (住所)	
Nome do Dentista: (担当歯科医)	Título: (称号)
Assinatura: (署名)	Telefone: (電話)
	Data de Emissão: (作成年月日)

永久歯																乳歯									
(上顎)																									
1 2 3 4 5 6 7 8								9 10 11 12 13 14 15 16								A B C D E					F G H I J				
32 31 30 29 28 27 26 25								24 23 22 21 20 19 18 17								T S R Q P					O N M L K				
(下顎)																									

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		日	月	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
拔牙					
充填					
インレー 素材()					
金属冠 素材()					
継続歯 素材()					
ジャケット冠 素材()					
ブリッジ 素材()					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者
住所

氏名 印
電話