

Solicitud al Médico Tratante
担当医へのお願い

1. Favor de llenar este formulario para que el paciente pueda reclamar los beneficios del seguro médico.
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 formulario debe ser completado y firmado por el médico tratante.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. Se debe completar el formulario para cada mes, cada hospitalización o ambulatorio.
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。

Formulario C
様式 C

Declaración de Detalles del Tratamiento Dental
歯科診療内容明細書

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre) 患者名	Fecha de Nacimiento (D / M / A) 生年月日	Sexo Masculino · Femenino 性別
Fecha de la Visita Inicial (D / M / A) 初診日	Número de Días de Visitas 診療日数 días	Número de Registro Médico 診療録番号

*Encierre en un círculo el diente tratado 治療した歯に○をつけてください

Diente permanente

Diente primario

(SUPERIOR)																(SUPERIOR)									
(INFERIOR)																(INFERIOR)									

TIPO DE TRATAMIENTO 治療の分類

Tratamiento Dental 歯科治療	Número de Diente y Parte 患歯部位	Fecha			Costo 治療費
		D	M	A	
Visita Inicial al Consultorio 初診料					
Examen de Radiografía レントゲン検査					
Extirpación de la Pulpa Dental 抜髄					
Operación 手術					
Extracción Dental 抜歯					
Relleno 充填					
Embutido インレー *Material 素材()					
Corona de Metal 金属冠 *Material 素材()					
Post Corona 継続歯 *Material 素材()					
Jacket Corona ジャケット冠 *Material 素材()					
Puente Dental ブリッジ *Material 素材()					
Prótesis dental 有床義歯 Prótesis dental parcial 局部義歯 Prótesis dental completa 総義歯					
Tratamiento de la Piorrea Alveolares 歯槽膿漏処置					
Medicamento 投薬					
Otros その他					
Total 合計					

INFORMACIÓN DEL DENTISTA TRATANTE 担当歯科医情報欄

Nombre de la Institución Médica: (医療機関名)	
Dirección: (住所)	
Nombre de Dentista: (担当歯科医)	Título: (称号)
Firma: (署名)	Teléfono: (電話)
Fecha de Creación: (作成年月日) . .	

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					
抜歯					
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					

電話

印