

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, ambulatorio, 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。

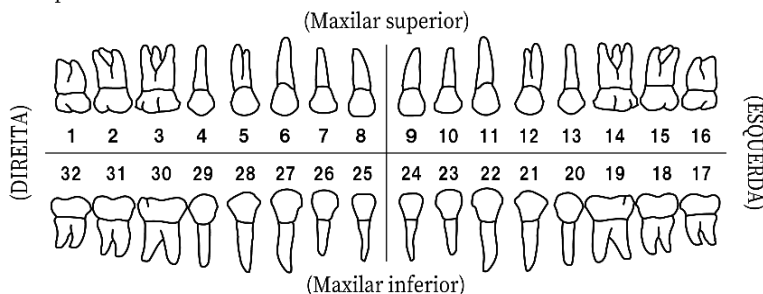
Formulário C  
様式 C

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

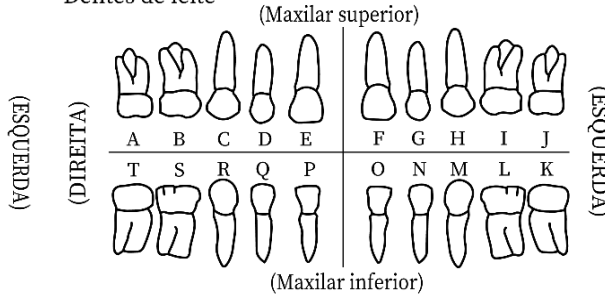
|  |  |  |
|--|--|--|
| Nome de Paciente (Sobrenome, Nome)<br>患者名 _____          | Data de Nascimento (Dia / Mês / Ano)<br>生年月日 _____ | Sexo Masculino • Feminino<br>性別 _____    |
| Data da Primeira Consulta (Dia / Mês / Ano)<br>初診日 _____ | Dias de Consulta<br>診療日数 _____ dias                | Número de Registro Médico<br>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<br>歯科治療  | Número e Parte do Dente<br>患歯部位 | Data |     |     | Valor<br>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<br>Dentadura Parcial 局部義歯<br>Dentadura Completa 総義歯 |                                 |      |     |     |              |
| Tratamento de Piorréia 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)

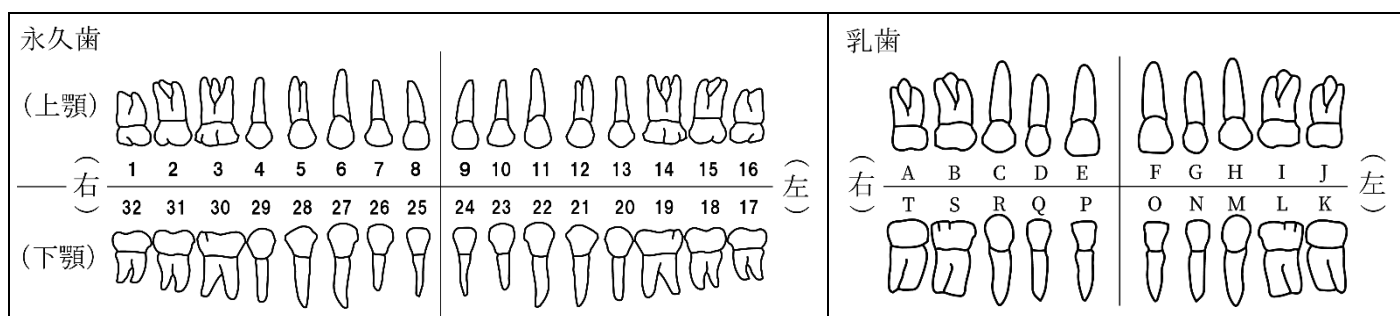
Nome do Dentista: (担当歯科医)

Título: (称号)

Assinatura: (署名)

Telefone: (電話)

Data de Emissão: (作成年月日)



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                  |      |    |   |   |     |
| 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<br>局部義歯<br>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