

担当医へのお願い

- 1. 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。
- 2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- 3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filld out. 各月毎、入院・外来毎につき、この様式1枚が必要です。

氏名
住所
TEL

Form A
様式 A

Attending Physicians Statement 診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male · Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別(男性・女性)

2. Name of Illness or Injury _____
傷病名

3. Date of First Diagnosis: _____, 20_____
初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days
診療日数 日間

5. Types of Treatment
治療の分類

Hospitalization: From _____, _____ to _____, 20_____
入院 自 至 (days)
(日間)

Outpatient or Home Visit: _____, _____ to _____, 20_____
入院外 _____, _____ to _____, 20_____

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

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要

8. Was 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。 はい いいえ

9. Itemized Amounts paid to Hospital & / 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
担当医の名前および住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院または診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

担当医または病院事務長へのお願い

翻訳者

- 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 either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.
この様式は担当医または病院の事務長が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled.
各月毎、入院・外来毎につき、この様式1枚が必要です。
- If not in dollars, Please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

氏名
住所
Tel

Itemized Receipt

領収明細書

Form B
様式 B

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	\$	_____
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再診料	\$	_____
(3) Fee for Home Visit	往診料	\$	_____
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理費	\$	_____
(5) Hospitalization	入院費	\$	_____
(6) Consultation	診察費	\$	_____
(7) Operation	手術費	\$	_____
(8) Professional Nursing	職業看護婦費	\$	_____
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$	_____
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$	_____
(11) Medicines	医薬費	\$	_____
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$	_____
(13) Anaesthetics	麻酔費	\$	_____
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	_____
(15) Others(Specify)	その他(項目明記)	\$	_____ \$ _____ \$ _____
		Unit is	_____
		貨幣単位	
(16) Total	合計	\$	_____

Important :Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e.,payment for a luxurious room charge.
注意 :高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic
担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名前: Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院または診療所 _____ Phone 電話 _____

Date : 日付 _____ Signature 署名 _____