

Request to Attending Physician

翻訳者

担当医へのお願い

- 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 the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
- 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。

氏名
住所
Tel.

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

翻訳者

担当医又は病院事務長へのお願い

- 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.
この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名して下さい。
- 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。
- 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.

Form A

Attending Physician's Statement

様式 A

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・女)

2. Name of Illness or Injury with the number of International Classification of Diseases for use of Social Insurance. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号
_____ (No. _____)

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

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

5. Type of Treatment 治療の分類
 Hospitalization : From _____, _____ to _____, 20_____(_____ days)
入院自 _____ 至 _____ 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。

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 _____

Form B

Itemized Receipt

様式 B

領収明細書

(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	入院管理料	\$ _____
(5)	Hospitalization	入院費	\$ _____
(6)	Consultation	診察費	\$ _____
(7)	Operation	手術費	\$ _____
(8)	Professional Nursing	職業看護師費	\$ _____
(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)	Anesthetics	麻酔費	\$ _____
(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下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

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 _____