

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。

翻訳者

氏名

住所

Tel.

Form A

様式 A

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

- 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)
- 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. _____)
- Date of First Diagnosis : _____, 20_____
初診日
- Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数
- Type of Treatment 治療の分類
 Hospitalization : From _____, _____ to _____, 20_____
入院 自 至 日間
 Outpatient or Home Visit _____, _____ to _____, 20_____
入院外
- Nature and Condition of Illness or injury (in brief) 症状の概要

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

- 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。
- 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
- 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 _____

担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
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。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 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。

翻訳者

氏名

Tel.

住所

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 | _____ |

* Please fill in the content of the Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してください。

- | | | |
|------------------|-----|-------|
| (11) Medicines** | 医薬費 | _____ |
| _____ | | _____ |
| _____ | | _____ |
| _____ | | _____ |

** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.
**処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

- | | | |
|----------------------------|-----------|-------|
| (12) Surgical Dressing | 包帯費 | _____ |
| (13) Anesthetics | 麻酔費 | _____ |
| (14) Operating room Charge | 手術室費用 | _____ |
| (15) The Others(Specify) | その他(特記せよ) | _____ |
| _____ | | _____ |
| _____ | | _____ |

(16) Total	合計	_____	Unit is _____ 通貨単位
------------	----	-------	-----------------------

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

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	_____	First(名)	_____	Title(称号)	_____
Address	Home(自宅)	_____	Phone(電話)	_____		
	Office(病院または診療所)	_____	Phone	_____		
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 _____