

Request to Attending Physician

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、署名して下さい。
- 3 One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

Form A 様式 A

- 1 Name of Patient (Last, First)
患者名 _____
Age(Date of Birth) _____ Sex (Male / Female)
年齢(生年月日) _____ 性別 (男 ・ 女)
 - 2 Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 _____ (No. _____)
 - 3 Date of First Diagnosis : _____
初診日 _____
 - 4 Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 _____ 日間
 - 5 Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____ to _____ (_____) days
入院 自 _____ 至 _____ (_____) 日間
 Outpatient or Home Visit
入院外 _____ _____
 - 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 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 and / 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 _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

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 hospital/clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が記入し、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。

Itemized Receipt

診療内容明細書

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)	\$	_____	\$	_____
(16) Total	合計	\$	_____	Unit is	_____
				貨幣単位	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e. , payment for a luxurious room charge.

注意 : 高級治療室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 _____

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号

邦 訳 (A)

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者記入欄	
名前	
住所	電話