

Form A

Attending Physician's 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・女) _____
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 (裏面参照)
3. Date of First Diagnosis : D / M / Y / /
初診日 日 / 月 / 年 / /
4. Duration of Treatment : _____ days
診療日数 _____ 日
5. Type of Treatment
治療の分類
Hospitalization : From / / , to / / (days)
入院 自 / / 至 / / (日間)
Out patient 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 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 and / or Attending Physician : Form B
治療実費 様式 B
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

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) X-ray examination	X線検査費	\$ _____	
(9) Medication	医薬費	\$ _____	
(10) Anesthetics	麻酔費	\$ _____	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$ _____	
(12) Others(specify)	その他(項目明記)	\$ _____	\$ _____
(13) Total	合 計	\$ _____	

: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a b
Important ed.

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 : Home 自宅 Phone 電話

住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date : _____ Signature _____

日付 署名