

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
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号

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 _____

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	\$	_____

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

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 署名

日付