

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	First	Title
		姓	名	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