

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書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.
各月ごと、入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

Form A(様式A)

診 療 内 容 明 細 書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____
Age (Date of Birth) 年齢(生年月日) _____
Sex (Male・Female) 性別(男・女) _____
2. Name of Illness 傷病名 _____
3. Date of First Diagnosis 初診日 _____
4. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days
5. Type of Treatment 治療の分類
 Hospitalization 入院: From _____ to _____ (days)
 Outpatient on Home Visit 入院外: _____
_____ (days)
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?
治療は事故の傷害によるものですか? Yes No
9. Itemized Amounts paid to hospital &/or Attending Physician.:
Fill in From 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・住所
Name 名前: Last 姓 _____ First 名 _____
Address 住所: Home 自宅 _____ Tel. _____
Office 病院 _____ Tel. _____
Date 日付 _____

Signature 署名 _____ Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Report (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

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 either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic

この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名してください。

3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.

各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

4. 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ください。

Form B

Itemized Receipt

様式B

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) 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) Anesthetics	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 for a luxurious room charge.

注 意 : 高級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性	First名	Title 称号
Address 住所: Home自宅		Tel 電話
Office 病院又は診療所		Tel 電話
Date: 日付	Signature 署名	

☆邦訳

2. 傷病名

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: _____ 印

住所: _____

電話: _____