

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康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、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、また入院・入院外ごとにつき、この様式 1 枚が必要です。

Form A

Attending Physician's Statement

様式A

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 Social Insurance.
傷病名および健康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 Form _____ / _____ / _____ 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 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 : Fill in Form B
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳 : 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) : Office(病院または診療所) _____ Phone _____
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) _____

■様式A 邦訳

2. 傷病名および健康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

住所 _____

氏名 _____ ④

電話 _____

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康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、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、また入院・入院外ごとにつき、この様式 1 枚が必要です。

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 師 費	\$	
(9) X-Ray Examination	X 線 検 査 費	\$	
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査 費	\$	

	*Please fill in the content
	of the Laboratory Tests.
	*諸検査の内容を記入して
	下さい

(11) Medicines**	医 薬 費	\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

**Please fill in the name the amount of the prescription of an individual medicine.
**処方した個々の薬の名称と量を記入して下さい。

(12) Surgical Dressing	包 帯 費	\$	
(13) Anesthetics	麻 酔 費	\$	
(14) Operating room Charge	手 術 室 費 用	\$	
(15) The Others(Specify)	その他 (項目明記)	\$	

		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

(16) Total	合 計	\$	
------------	-----	----	--

Unit is _____
通貨単位

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

注 意 : 特別室料等、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

担当医の名前及び住所

Name (名前) : Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

Address (住所) : Office(病院または診療所) _____ Phone _____

Date (日付) : _____ Signature(署名) _____

Reference Number of your Medical Record(if applicable)(診療録の番号) _____

■様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳 (諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳 (薬の名称、量)

(15) その他 (特記事項)

翻訳者

住所

氏名

印

電話
