

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.
毎月ごと、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

様式 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) 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 _____ ㊞

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.
毎月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Form C

Attending Dentist's Statement

様式 C

歯科診療内容明細書

Name of Patient(Last,First) _____ Date of Birth _____ Sex M F
 患者名 _____ 生年月日 _____ 性別(男・女)
 Date of first Diagnosis _____ Date of Diagnosis Treatment _____
 初診日 _____ 診療日数 _____ days

R	Permanent Tooth 永久歯	L	R	Milky Tooth 乳歯	L
(Upper)	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	(Upper)	e d c b a	a b c d e
(Lower)	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	(Lower)	e d c b a	a b c d e

Type of Treatment 治療の分類

Service(診療内容)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Fee (治療費)
Initial Office Visit 初診料			
X-Ray Examination レントゲン検査			
Dental Pulp Extirpation 抜髄			
Operation 手術			
Extraction 抜歯			
Filling 充填			
Inlay インレー			
Metal Crown 金属冠			
Post Crown 継続歯			
Jacket Crown ジャケット冠			
Bridge Work ブリッジ			
Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置			
Medicine 投薬			
The Others その他			
Total 合計			

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C 邦訳

R (Upper)	Permanent Tooth 永久歯	L	R (Upper)	Milky Tooth 乳歯	L
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	e d c b a		a b c d e
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	e d c b a		a b c d e
(Lower)			(Lower)		

治療の分類

Service (診療内容)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Fee (治療費)
初診料			
レントゲン検査			
抜髄			
手術			
抜歯			
充填			
インレー			
金属冠			
継続歯			
ジャケット冠			
ブリッジ			
有床義歯 局部義歯 総義歯			
歯槽膿漏処置			
投薬			
その他			
合計			

翻訳者

住所 _____

氏名 _____ (印)

電話 _____