

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書き、かつ署名して下さい。
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。

翻訳者

氏名 _____

住所 _____

Tel. _____

Form A
様式 A

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 the number of International Classification of Diseases for use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(附録参照)
_____(No.)
3. Date of First Diagnosis: _____, 19_____
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: From _____, _____ to _____, 19_____
入院 自 _____ 至 _____ (日間)
 Outpatient or Home Visit _____, _____, 19_____
入院外 _____, _____, 19_____
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 & / or Attending Physician. : Fill in Form 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 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、かつ署名して下さい。
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下さい。

翻訳者

氏名 _____

住所 _____

Tel. _____

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) Anaesthetics | 麻酔費 | \$ _____ | | |
| (14) Operating Room Charge | 手術室費用 | \$ _____ | | |
| (15) Others (Specify) | その他(項目明記) | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |

Unit is _____
貨幣単位

- (16) Total 合計 \$ _____
Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.
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 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 _____