

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.
各月毎、また入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。

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 the use of Social Insurance
傷病名及び社会保険表彰用国際疾病分類番号
_____ (No. _____)
3. Date of First Diagnosis : _____ , 20 _____
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 _____ , 20 _____ to _____ , 20 _____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)
 Outpatient or Home Visit : _____ , 20 _____ ・ _____ , 20 _____
入院外 _____ , 20 _____ ・ _____ , 20 _____
_____ , 20 _____ ・ _____ , 20 _____
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
項目別治療実費 様式 B に記入
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 _____

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 hospital/clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が記入し、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. 各月毎、また入院・入院外毎に、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
 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 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) The Others(Specify)	そ の 他 (項 目 明 記)		_____
		\$	_____
		\$	_____
		\$	_____
		\$	_____
(16) Total	合 計	\$	_____

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

** Please fill in the name and 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ください。

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、治療に直接関係ないものは除いてください。

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 _____	