

診療内容明細書（海外分）翻訳

様式 A

1. 患者名：_____ 生年月日：昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別：男・女

2. 傷病名：_____

社会保険表彰用国際疾病分類番号：_____

3. 初診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 診療日数：_____ 日

5. 治療の分類

入院：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 日間)

入院外：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故の傷害によるものですか？ はい・いいえ

9. 治療実費：様式B

10. 担当医の名前及び病院又は診療所住所

名前：姓 _____ 名 _____

住所：_____

電話：_____

11. 翻訳者の名前及び住所

名前：_____

住所：_____

電話：_____

領収明細書（海外分） 翻訳

様式 B

1. 初 診 料 : _____
2. 再 診 料 : _____
3. 往 診 料 : _____
4. 入 院 管 理 料 : _____
5. 入 院 費 : _____
6. 診 察 費 : _____
7. 手 術 費 : _____
8. 職 業 看 護 師 費 : _____
9. X 線 検 査 費 : _____
10. 諸 検 査 費 : _____

11. 医 薬 費 : _____

12. 包 帯 費 : _____
13. 麻 酔 費 : _____
14. 手 術 室 費 用 : _____
15. その他 (項目明記) : _____

16. 合 計 : _____通貨単位_____

担当医の名前及び病院又は診療所住所

名 前 : 姓 _____ 名 _____

住 所 : _____

電 話 : _____

翻訳者の名前及び住所

名 前 : _____

住 所 : _____

電 話 : _____