Attending Physician s Statement

診療内容明細書

1.	Name of Patient (Last , First) 患者名		Sex(Male・Female) 性別(男・女)
2.	Name of Illness or Injury prefediseases for the use National H 傷病名及び国民健康保険用国際疾	Health Insurance (See the d	
3.	Date of First Diagnosis : 初診日	D / M / Y 日 / 月 / 年	
4.	Duration of Treatment: 診療日数	days 日	
5.	Type of Treatment 治療の分類 □Hospitalization: From 入院 自 □Out patient or Home Visit 入院外	/ / , 至	(days) (日間)
6.	Nature and Condition of Illness 症状の概要	or Injury (in brief)	
7.	Prescription , Operation and An 処方、手術その他の処置の概要	ny other treatments (in bri	ef)
8.	Was the treatment required as a 治療は事故の傷害によるものですだ		njury ? Yes□ No□ はい いいえ
9.	Itemized Amounts paid to Hospit 治療実費	al and/or Attending Physic	ian : Form B 様式B
10,	Name and Address of Attending P 担当医の名前及び住所	hysician	
	Name 名前 :Last 姓	First 名	Title 称号
	Address 住所 : Home 自宅		. Fir
	Office 病院	又は診療所	
	Date 日付:	Signature 署名	=
		Reference Number of yo	Attending Physician担当医 our Medical Record (if applicable)

6	症状:	の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

		翻	訳	者	の	記	入	欄	
名									
前									Ð
住									
所 電話									

Itemized receipt 領収明細書

(1) Pee for initial office visit 初診料 \$ (2) Pee for follow-up office visit 再診料 \$ (3) Fee for home visit 往診料 \$ (4) Fee for hospital visit 人院管理料 \$ (5) Hospitalization 入院費 \$ (6) Consultation 診察費 \$ (7) Operation 手術費 \$ (8) X-ray examination 医薬費 \$ (10) Anesthetics 麻酔費 \$ (11) Operating room charge 手術室費用 \$ (12) Others (specify) その他(項目明記) \$ (13) Total 合計 \$ Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed. 注意: 高級室科等治療に直接関係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 First Title 姓名 称号 Address: Home 自宅 Phone 電話 thm Office 病院又は診療所 Phone 電話				
(3) Fee for home visit 往診料 \$ (4) Fee for hospital visit 入院管理科 \$ (5) Hospitalization 入院費 \$ (6) Consultation 診察費 \$ (7) Operation 手術費 \$ (8) X-ray examination 医薬費 \$ (9) Medication 医薬費 \$ (10) Anesthetics 麻酔費 \$ (11) Operating room charge 手術室費用 \$ (12) Others (specify) その他(項目明記) \$ (13) Total 合計 \$ Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed. 注意:高級室科等治療に直接関係ないものは除いて下さい。	(1) Fee for initial office	visit 初診料	_\$	
(4) Fee for hospital visit 入院管理科 \$ (5) Hospitalization 入院費 \$ (6) Consultation 診察費 \$ (7) Operation 手術費 \$ (8) X-ray examination 医薬費 \$ (9) Medication 医薬費 \$ (10) Anesthetics 麻酔費 \$ (11) Operating room charge 手術室費用 \$ (12) Others (specify) その他(項目明記) \$ (13) Total 合計 \$ (14) を計 \$ (15) Meme 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 Pirst Title 姓名 称号	(2) Fee for follow-up offic	ce visit 再診料	\$	
(5) Hospitalization 入院費 \$ (6) Consultation 診察費 \$ (7) Operation 手術費 \$ (8) X-ray examination X線検査費 \$ (9) Medication 医薬費 \$ (10) Anesthetics 麻酔費 \$ (11) Operating room charge 手術室費用 \$ (12) Others (specify) その他(項目明記) \$ (13) Total 合計 \$ (13) Total 合計 \$ (14) 意:高級室料等治療に直接関係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 First Title 姓名 称号	(3) Fee for home visit	往診料	\$	
(6) Consultation 診察費 ま (7) Operation 手術費 ま (8) X-ray examination X線検査費 ま (9) Medication 医薬費 ま (10) Anesthetics 麻酔費 ま (11) Operating room charge 手術室費用 ま (12) Others (specify) その他(項目明記) ま ま (13) Total 合計 ま (13) Total 合計 ま (14) を 計 ま (15) を では、 までは、 までは、 までは、 までは、 までは、 までは、 までは、	(4) Fee for hospital visit	入院管理	料	-
(7) Operation 手術費 \$ (8) X-ray examination X線検査費 \$ (9) Medication 医薬費 \$ (10) Anesthetics 麻酔費 \$ (11) Operating room charge 手術室費用 \$ (12) Others (specify) その他(項目明記) \$ (13) Total 合計 \$ (13) Total 合計 \$ (14) Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed. 注意: 高級室科等治療に直接関係ないものは除いて下さい。	(5) Hospitalization	入院費	\$	
(8) X-ray examination X線検査費 \$ (9) Medication 医薬費 \$ (10) Anesthetics 麻酔費 \$ (11) Operating room charge 手術室費用 \$ (12) Others (specify) その他(項目明記) \$ (13) Total 合計 \$ Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed. 注意: 高級室料等治療に直接関係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 First Title 姓名 称号 Address: Home 自宅 Phone 電話	(6) Consultation	診察費	\$	
(9) Medication 医薬費 \$ (10) Anesthetics 麻酔費 \$ (11) Operating room charge 手術室費用 \$ (12) Others (specify) その他(項目明記) \$ (13) Total 合計 \$ (13) Total 合計 \$ (14) 正確な対象が表に直接関係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 First Title 姓名 称号	(7) Operation	手術費	\$	
(10) Anesthetics 麻酔費 \$ (11) Operating room charge 手術室費用 \$ (12) Others (specify) その他(項目明記) \$ (13) Total 合計 \$ Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed. 注意: 高級室料等治療に直接関係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 First Title 姓名 称号 Address: Home 自宅 Phone 電話	(8) X-ray examination	X線検査	.費	
(11) Operating room charge 手術室費用 \$ (12) Others (specify) その他(項目明記) \$ (13) Total 合計 \$ Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed. 注意: 高級室料等治療に直接関係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 First Title 姓名 称号 Address: Home 自宅 Phone 電話	(9) Medication	医薬費	\$	
(12) Others (specify) その他(項目明記) <u>\$</u> <u>\$</u> (13) Total <u>合 計</u> <u>\$</u> Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed. 注 意:高級室科等治療に直接関係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 First Title 姓 名 称号 Address: Home 自宅 Phone 電話	(10) Anesthetics	麻酔費	\$	
Address: Home 自宅 Phone 電話	(11) Operating room charge	手術室費	常用	
Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed. 注 意:高級室料等治療に直接関係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 First Title 姓 名 称号 Address: Home 自宅 Phone 電話	(12) Others (specify)	その他(コ	項目明記) <u>\$</u>	\$
注 意:高級室料等治療に直接関係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 First Title 姓 名 称号 Address: Home 自宅 Phone 電話	(13) Total	合	計 \$	
Name A前 : Last First Title 姓 名 称号 Address : Home 自宅 Phone 電話	Name and Address of Attendin	ng Physician/Superintend	dent of Hospital or	Clinic
Address: Home 自宅 First Title 称号	担当医又は病院事務長の名前及	び住所		
Address: Home 自宅 First Title 称号	AV.			
姓 名 称号 Address: Home 自宅 Phone 電話		Finat	Ti+10	
Address: Home 自宅 Phone 電話				
	XII.		14.3	
住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話 Phone 電話	Address: Home 自宅		Phone	電話
	住所 Office 病院又は診	>療所	Phone	電話
	日付	署名		

翻訳 (様式Bの続紙)

(12) その他(項目明記)

		翻	訳	者	の	記	入	欄	
名									
前									FP
住									
所	電話								