

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、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.
月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。

Form A

Attending Physician's Statement

様式 A

診療内容明細書 (C)

1 .Name of Patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Gender (Male/Female)
患者名 年齢 (生年月日) 性別 (男・女)

2 . Name of Illness.
傷病名

3 . Date of First Diagnosis: _____
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 _____, _____ days)
(1) 入院自至 (日間)

Outpatient or _____, _____, _____
Home Visit

(2) 入院外 _____, _____, _____

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、検査の概要

8 . Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の障害によるものか。 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) による

10 Name and Address of Attending Physician
担当医の氏名および住所

Name 氏名: Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所: Home 自宅 Phone 電話

Office 病院または診療所 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

翻訳者記入欄	
氏名	印
住所	(TEL)

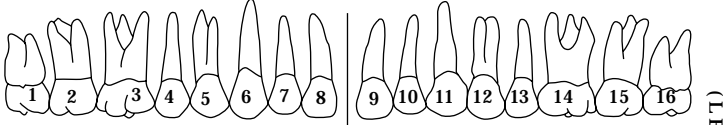

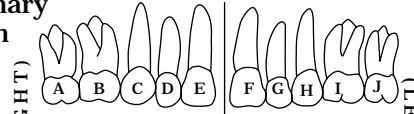
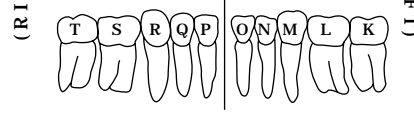
Request to Attending Physician

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、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.
月毎、入院・入院外毎に、この様式 1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書 (D)

Name of patient (Last, First) (患者名) _____	Age (Date of Birth) 年齢 (生年月日) _____	Gender (Male · Female) 性別 (男 · 女) _____			
Date of First Diagnosis (初診日) : _____					
Days of Diagnosis and Treatment (診療日数) : _____ days					
Permanent tooth (Upper) (RIGHT)  (LEFT) (Lower) (RIGHT)  (LEFT)	Primary tooth (RIGHT)  (LEFT) (RIGHT)  (LEFT)				
Tooth No, of Letter	Description of Service (Including X-Rays, Prophylaxis, Materials used . ETC.)	Date			Amount
		MO.	DA.	YR.	
Total Amount					

Name and Address of Attending Dentist
 担当医の氏名および住所

Name 氏名 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

 Office 病院または診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Attending Dentist 担当医
 Reference Number of your Medical Record (if applicable)

	翻訳者記入欄
氏名	(印)
住所	(TEL _____)

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医また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 the attending physician.
この様式は担当医が記入し、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.
月ごと、入院・入院外ごとに、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(E)

(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	入院管理費 \$ _____	
(5) Hospitalization	入院費 \$ _____	
(6) Consultation	診察料 \$ _____	
(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) \$ _____	\$ _____
	\$ _____	\$ _____
(16) Total	合 計	Unit is _____
	\$ _____	貨幣単位

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

担当医または病院事務長の氏名および住所

Name 氏名	: Last 姓	First 名	Title 称号
Address住所	: Home 自宅		Phone 電話
	: Office 病院または診療所		Phone 電話

Date日付 _____

Signature 署名 _____

翻 訳 者 記 入 欄	
氏名	
住所	(TEL - -)