Request to Attending Physician 担当医へお願い

- 1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit. この様式は患者の健康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・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1.	Name of F 患者名	atient(Last,F	irst)		Age 年虧	<u>,</u>				(別	Male •	Fema	ale)
	e of Health	ı Insurance.(y preferably witl Please refer to 印国際疾病分類	the table a					cation	of I	Diseas (No		he)
3.	Date of fir 初診日	st Diagnosis											
4.	Days of D 診療日数	iagnosis and ⁻	Гreatment days										
5.	☐ Hospit	reatment 济 alization 人 tient or Home		/		/	to	/		_/			days)
6.	Nature and 症状の概		f Illness or Injury	y (in brief)									
7.		on,Operation 析その他の処	and any other T 置の概要	reatments	(in brie	ef)							
8.			ired as a result るものですか?		idental i	njury'		Yes		No)		
9.			to Hospital and , 医に支払った医		_	-		in Form	пВ				
Na	me and Ad	dress of Atte	nding Physician	担当医	の名前	および	び住所						
Na	me	Last(姓)		First(名	i)			Titl	le(称号])			
Ad	dress	Home(自宅)							one(電	:話)			
_	. / 🗆 🗥	Office(医療	幾関)		. /8	□		Pho	one		-		
Da.	te(日付)		_	Sign	nature(∄	5名)							

邦 訳

傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 		
定状の概要		
	翻訳者	
	電話番号	

Request to Attending Physician 担当医へお願い

- 1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit. この様式は患者の健康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・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt 領収明細書

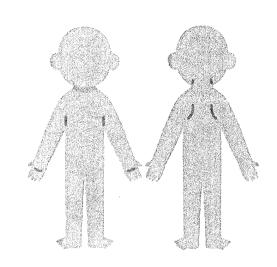
1.	Name of Patient(Last,First) 患者名		Age 扫	三歯令	Sex (Male • Female) 性別
2	Date of first Diagnosis		-	_ஙு . Days of Diagnos	_
	初診日			· 診療日数	days
	77117			<u> </u>	days
(1)	Fee for linital Office Visit	初 診	料		
(2)	Fee for Folloe-up Office Visit	再 診	料		_
(3)	Fee for Home Visit	往診	料		_
(4)	Fee for Hospital 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 Examination	X線検	査 費		_
(10)	Laboratory Tests *	諸 検	責		* Please fill in the content of
					the Laborotory Tests.
					- * 諸検査の内容を記入してく
					ださい
(11)	Medicines **				- ** 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。
(12)	Surgical Dressing	包 帯			_
(13)	Anesthetics	麻 酔	費		_
(14)	Operating room Charge	手術室:	費用		_
(15)	The Others(Specify)	その他(特記			_
				The state of the s	_
					_
(16)	Total	合	計		- Unit is
Import	tant : Exclude the amount irrele	evant to the t	reatmen	t. i. e. pavment f	. —
	意 : 特別室料等、治療に直接関				
Na	me and Address of Attending Phy	ysician 担当	4医の名	前および住所	
Na	me Last(姓)	First	(名)		Title(称号)
Ad	dress Home(自宅)				Phone(電話)
	Office(医療機関)				Phone
Da	te(日付)	S	Signature	(署名)	
					Attending Physicuan(担当医)

邦 訳

(10)	諸検査費の内訳			
(11)	医薬費の内訳			
		W		
				
(15)	特記事項			
			·	
		翻訳者		D
			電話番号	

質問票

1. そのような症状でしたか?



どこの部分を診察してもらいましたか? (右記図で該当する歯に〇をお願いします)

2	治療内	窓(ノを)	してくださり	(ι)
∠.	ノロ 7兄 ピソ	1=1	\cup \cup \cup \cup \cup	v ·,

	注射をした		
	点滴をした		
	ケガ等の処置をした		
	薬を飲んだ		
	血液検査をした		
	レントゲン撮影をした		
	その他検査をした()
	その他撮影をした()
	()	
1	1 1		
	薬は出なかった		
	飲み薬が出た		
	塗り薬が出た		
	その他薬が出た()
	()	

3. 治療内容以外の特記事項