

邦 訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

氏名



電話番号

Request to Attending Physician
担当医へお願い

- 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。
- 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。
- 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 年齢 _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ 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 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(特記せよ)	_____
_____		_____
_____		_____
(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 luxuriouys 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 担当医の名前および住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(医療機関)		Phone
Date(日付)	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

(15) 特記事項

翻訳者

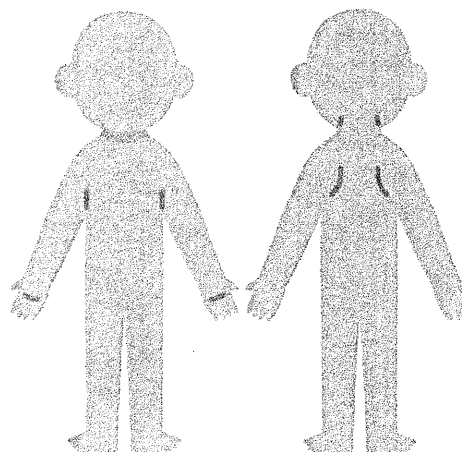
氏名

印

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○をお願いします)

2. 治療内容(✓をしてください)

- 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()
- ()
- ↓ ↓ ↓
- 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

回答者氏名 _____