

Form A

Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 書

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

2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 _____

3. Date of First Diagnosis : D / M / Y / /
初診日 日 / 月 / 年 / /

4. Duration of Treatment : _____ days
診療日数 _____ 日

5. Type of Treatment
治療の分類
☐ Hospitalization : From _____, to _____ (days)
入院 自 _____, 至 _____ (日間)
☐ Out patient or Home Visit : _____
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、手術その他の処置の概要 _____

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes ☐ No ☐
治療は事故の傷害によるものですか? はい いいえ

9. Itemized Amounts Paid to Hospital and / or Attending Physician : form B
治療実費 様式 B

10. Name and Address of Attending Physician
担当医師の名称及び住所

Name 名前 :	Last 姓 _____	First 名 _____	Title 称号 _____
Address 住所 :	Home 自宅 _____	Phone 電話 _____	
	office 病院又は診療所 _____	Phone 電話 _____	

Date 日付 : _____ Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療記録の番号 _____

Form B

Itemized receipt
領 収 明 細 書

(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	\$ _____	
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の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 office 病院又は診療所 Phone 電話			
Date	: _____ Signature _____ 日付 署名			