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 National Health Insurance (See the other side of this form)

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

担当医の名前及び住所

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	________	
(14)Currency unit	通貨単位	________	

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 姓 ________ First 名 ________ Title 称号 ________

Address : Home 自宅 ________ Phone 電話 ________
住所 Office 病院又は診療所 ________ Phone 電話 ________

Date 日付 : ________ Signature 署名 ________