

## 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 : \_\_\_\_\_  
 初診日 D / M / Y \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_

翻訳 (様式Aの続紙)

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者の記入欄	
名前	⑩
住所	電話

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	\$	_____

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 \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
姓 名 称号

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

Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
日付 署名

翻訳 (様式Bの続紙)

(12) その他 (項目明記)

--

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	<input type="text"/> 印
住 所	電話 <input type="text"/>