

Request to Attending Physician (担当医へのお願い)

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会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書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.
各月毎、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)

Form A: 様式 A

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 the number of International Classification of diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form.)
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (P7~P10 参照)
_____ (No. _____)
3. Date of First Diagnosis 初診日 : _____
4. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 : _____ days
5. Type of Treatment 治療の分類
 Hospitalization: From _____ to _____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)
 Outpatient _____ or Home Visit _____
入院外 往診 _____
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: Fill in Form B
項目別治療費実費 様式 B による
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 (in applicable) 診療録の番号 _____

※裏面に翻訳を受けて下さい。(どなたでも結構ですが、署名が必要です。)

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic (担当医又は病院事務長へのお願い)

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会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. or the superintendent of hospital / clinic. この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合は、その旨を書いて下さい。

Itemized Receipt (領収明細書)

Form B: 様式 B

(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) Professional Nursing	職業看護婦費	\$ _____	
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$ _____	
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$ _____	
(11) Medicines	医薬費	\$ _____	
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$ _____	
(13) Anaesthetics	麻酔費	\$ _____	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____	
(15) Others (Specify)	その他 (項目明記)	\$ _____	\$ _____
(16) Total		\$ _____	\$ _____
	合 計	\$ _____	Unit is _____ 貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.
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 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 _____

※裏面に翻訳を受けて下さい。(どなたでも結構ですが、署名が必要です。)

Request to Attending Physician (担当医へのお願い)

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会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. 担当医が記入し、署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.
各月ごと、入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

ITEMIZED RECEIPT [DENTAL] (領収明細書 [歯科])

Name of Patient _____、Age _____、Sex (Male / Female)
受診者名 年齢 性別

Date of First Diagnosis _____、Days of Diagnosis and Treatment _____ days
初診日 診療日数

Localization of Teeth 部位																													
* Permanent Teeth 永久歯								* Dciduous Teeth 乳歯																					
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L	R	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	L
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L	R	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	L

1. Name of Illness			
①Dental Caries う蝕	②Missing Teeth 欠損	③pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	④The Others 他
_____	_____	_____	_____
2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
* Initial Office Visit 初診料			
* X-Ray Examination レントゲン			
* Dental Pulp Extirpation 抜髄			
* Extraction 抜歯			
* Filling 充填			
* Inlay インレー			
* Metal Crown 金属冠			
* Post Crown 継続歯			
* Jacket Crown ジャケット冠			
* Bridge Wor ブリッジ			
* Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			
* Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置			
* Medicine 投薬			
* The Others その他			

Total 合計 _____

Name of Dental Surgeon _____、Signature _____
医師の氏名 署名

Name and Address of Dentist's Office _____
歯科医院の名称及び所在地

Date 日付 _____

※裏面に翻訳を受けて下さい。
(どなたでも結構ですが、署名が必要です。)