

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 Long-term Care Insurance (See the attach documents)
傷病名及び後期高齢者医療制度用国際疾病分類番号 (別紙参照)

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	\$ _____	

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 : Last _____ First _____ Title _____

名前 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