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 health insurance benefit この様式は患者の健康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記入し、かつ署名してください。
- 3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out. 各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式 1 枚が必要です。

Attending Physician's Statement

	11	ttenan,	• . •						
Form A 策式A		診療	内	容	明細	書			
	ntient (Last, First)		Age	(Date	of birth)		Sex	(Male ·	Female)
患 者	名		_ 年齢	(生年	月日)			性別(男	!・女)
of Health In	ness or Injury prefe nsurance. (Please re 健康保険用国際疾病	fer to the t	able at	tached	l to this f		fication of Dise		
3 Date of fire	t Diagnosis							(N	o.)
	t Diagnosis 診 日	·····					-		
•	agnosis and Treatme	ent		_ days	3				
診療	日 数				日間				
5. Type of Tre 治療	eatment の分類								
☐ Hospitali	ization From	/		/	to		/	(days)
入	院自				至			(日間)
☐ Outpatie	ent or Home Visit		/		/	•	/		<u> </u>
入 院	外		/		/	•	/	/	
6. Nature and 症状の	Condition of Illness 概要	or Injury	(in bri	ef)					
_	n, Operation and any 手術その他の処置の		eatmen	ts (in	brief)				
	eatment required as 事故の傷害によるも		an acc	cidenta	ıl injury?	<u>.</u> .		Yes 🗌	No □ いいえ
	nounts paid to Hosp 関、または担当医に					: Fill in For : 様式Bに。			
10 . Name and I	Address of Attendin	g Physicia	n						
担当医	の名前及び住所								
Name	(名前) :Last(姓	:)		Fir	st(名)		Title(称	子)	
Addres	ss(住所): <u>Home(</u>	自宅)					Phone (電	話)	
	Office (病院または	診療所)			Phone_	<u>-</u>	
Date (Signat	ture(署名	占)		_	
·				-			Attending Ph	-	-
				Refere	ence Nun	ber of your	Medical Recor	d (if ap	plicable)

診療録の番号

᠘.	傷病名及び健康保険用国際	疾病分類番	号			
·			J			
6.	症状の概要					
						
						
7	処方、手術その他の処置の	紙革				
٠.	スニノハト 1 701 ビック 四ックスの回。タン	加女				
		 _				
		<u> </u>				
		訳者				
		訳者 住所				

i i

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 health insurance benefit. この様式は患者の健康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記入し、かつ署名してください。
- 3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out. 各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式 1 枚が必要です。

Form B 様 式B	Itemized Receipt 領 収 明 細 書	
(1) Fee for Initial Office Visit	初 診 料 \$	_
(2) Fee for Follow-up Office Visit(3) Fee for Home Visit	再 診 料 \$ 往 診 料 \$	_
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理料 \$	- ` `
(5) Hospitalization	入 院 費 \$	_
(6) Consultation	き 察 費 \$	-
(7) Operation	手 術 費 \$	-
(8) Professional Nursing	職業看護師費 \$	_
(9) X-Ray Examination	X 線 検 査 費 \$	_
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査 費	* Please fill in the content of the
	\$	Laboratory Tests.
	\$	- Laboratory resis. - *諸検査の内容を記入してくださ
·	\$	
(1)	\$	- V - 0
(11) Medicines**	医薬費	** Please fill in the name and the
	\$ \$	amount of the prescription of an
	ф \$	individual medicine.
	· \$	- "処方した個々の薬の名称と量
	\$	を記入してください。
(12) Surgical Dressing	包 帯 費 \$	-
(13) Anesthetics	麻 酔 費 \$	-
(14) Operating room Charge	手 術 室 費 用 \$	-
(15) The Others (Specify)	その他(項目明記)	-
	\$	
	<u> </u>	_
	\$	_
	\$	_
(16) Total	合 計 <u>\$</u>	Unit is
		通貨単位
注 意: 特別室料等、治療に直接	elevant to the treatment. i. e., payment fo 镁関係ないものは除いてください。	r a luxurious room charge.
Name and Address of Attending Pl 担当医の名前及び住所		mu (fl.E)
Name(名前):Last(姓)	First(名)	Title (称号)
Address (住所): Home (自宅)	1 = A r = コ^ \	Phone (電話)
Office (病院また		Phone
Date(日付) :	. Signature (署名)	Augustina Dia di di (40 ME)
	Reference Number of y	Attending Physician (担当医) rour Medical Record (if applicable)

診療録の番号

$\mu \nu \rho$	諸検査費の内訳(諸検査の内容)
	PH1大旦貝 V/ドリ内(\PH1大旦 V/ドリ合)
(11)	医薬費の内訳(薬の名称、量)
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
4-1	·
(15)	その他 (特記事項)
(15)	その他(特記事項)
(15)	
(15)	翻訳者

.