

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 氏名      :      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 \_\_\_\_\_

診療内容明細書  
日本語翻訳文

1. 患者名 \_\_\_\_\_  
年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
性別 男・女
2. 傷病名  
国民健康保険国際疾病分類番号 \_\_\_\_\_
3. 初診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
4. 診療日数 \_\_\_\_\_ 日
5. 治療の分類 入院・外来  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで( \_\_\_\_\_ 日間)
6. 症状の概要
7. 処方、手術その他の処置の概要
8. 治療は事故の傷害によるものですか。 はい ・ いいえ
9. 治療実費 様式B
10. 担当医の名前及び住所  
名前 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号 \_\_\_\_\_  
住所 自宅 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
診療録の番号 \_\_\_\_\_

翻訳文翻訳者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

翻訳日 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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	診療費	\$	
(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ください。

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

領 収 明 細 書  
日本語翻訳文

番号	項 目	金 額	
(1)	初診料		通貨
(2)	再診料		
(3)	往診料		
(4)	入院管理料		
(5)	入院費		
(6)	診療費		
(7)	手術費		
(8)	X線検査費		
(9)	医薬費		
(10)	麻酔費		
(11)	手術室費用		
(12)	その他(項目明記)		
	( )		
(13)	合 計		

担当医又は病院事務長の名前及び住所

名前 姓 名 称号

---

住所 自宅 電話番号

---

病院又は診療所

---

電話番号

---

日付 年 月 日

---

翻訳文翻訳者 住所

---

氏名

---

電話番号

---

翻訳日 年 月 日

---

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. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C  
様式C

Attending Dentist's Statement  
歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	

Permanent tooth				Primary tooth			
(Upper)	(RIGHT)	(LEFT)	(RIGHT)	(LEFT)	(RIGHT)	(LEFT)	(LEFT)

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
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 Work 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					
<b>Total 合計</b>					

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

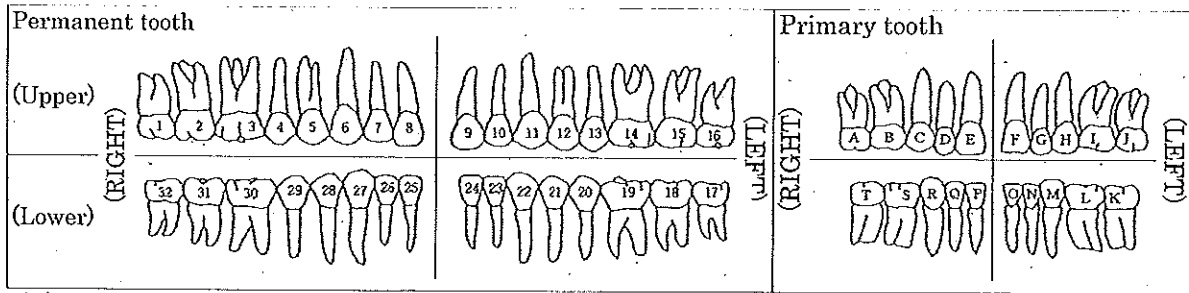
Name	Last(姓) _____	First(名) _____	Title(称号) _____
Address	Home(自宅) _____	Office(病院または診療所) _____	Phone(電話) _____
			Phone _____
Date(日付) _____	Signature(署名) _____		

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 \_\_\_\_\_

様式C 邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
拔牙					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者  
住所

氏名  
電話

