Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1. Name of Patient 患者名					
2. Name of Illne Classification of disea 傷病名及び国民健康保	ses for the u	use of National			International
3. Date of First Diag 初診日	nosis: <u>D</u> /	M / Y 月 / 年		<u>/ /</u>	 _
4. Duration of Treat 診療日数	ment:	-			
5. Type of Treatmen 治療の分類 □Hospitalization 入院 □Out patient 入院外	ı: From	/ / / / / / / / / / / / / / / / / / /	, to , 至 /	/ / / / _ /	(days) (日間) /
6. Nature and Condi 症状の概要	tion of Illness	s or Injury (in	n brief)		
7. Prescription, Opera 処方、手術その他の処	-	other treatme	ents (in bi	rief)	
8. Was the treatment 治療は事故の傷害によ	_	result of an	accidental		Yes□ No□ はい いいえ
9. Itemized Amounts 治療実費	Paid to Hosp	oital and/or A	Attending l	Physician : I	Form B
10. Name and Addre 担当医の名前及び住庭		ng Physician	様	式 B	
Name 名前	: <u>Last 姓</u>	First 名	Tit	ile 称号	
Address 住所	: <u>Home</u> 自宅		ph	ione 電話	
	Office 病院又に	は診療所	ph	one 電話	
Date 日付:		Signature 署	名		
		-		g Physicia	
Refe	erence Numbe	r of your Me 診療録の番号	edical Reco		

Itemized receipt

		領	収	明	細	書		
(1)Fee fo	or initial office	e visit		初診料		\$		
(2)Fee fo	or follow-up of	ffice visit	t	再診料		\$		
(3)Fee fo	or home visit			往診料		\$		
(4)Fee fo	or hospital vis	sit		入院管理	里料	\$		
(5)Hospitalization				入院費		\$		
(6)Consult	tation			診察料		\$		
(7)Operati	ion			手術料		\$		
(8)X-ray	examination			X線検3	 查費	\$		
(9)Medica	tion			医薬費		\$		
(10)Anesth	netics			麻酔費		\$		
(11) Operat	ting room charge)		手術室	費用	\$		
(12)Others(specify)				その他(項目明記)				
						\$	\$	
(13)Total				合 計		\$		
	Exclude the an 高級室料等治療						a charge for a bed	
	Address of At は病院事務長の名			eian / Su	uperint	endent of	Hospital or Clinic	
Name 名 前: <u>La</u>	ast	First	;		Titl	e		
· 加· <u>加·</u> 姓		<u> </u>	,		称号			
Address:Home 自宅住所Office 病院又は診療所				phone 電話 phone 電話				
Date <u>:</u>				Sig	gnature			
日付	1付				名			