

**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 A**  
**様式 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 \_\_\_\_\_  
傷病名 \_\_\_\_\_
3. Date of first Diagnosis \_\_\_\_\_  
初診日 \_\_\_\_\_
4. Days of Diagnosis and Treatment \_\_\_\_\_ days  
診療日数 \_\_\_\_\_ 日間
5. Type of Treatment  
治療の分類  
 Hospitalization Form \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
入院自 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 日間)  
 Outpatient 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 : Fill in Form B  
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳 : 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) : Office(病院または診療所) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Date (日付) : \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Signature(署名) \_\_\_\_\_

■邦訳 (A)

2. 傷病名

\_\_\_\_\_

6. 症状の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. 処方、手術その他の処置の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

翻訳者

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

## 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	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 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.
		\$	*諸検査の内容を記入して
		\$	下さい
(11) Medicines**	医 薬 費	\$	
		\$	**Please fill in the name the
		\$	amount of the prescription
		\$	of an individual medicine.
		\$	**処方した個々の薬の名称と
		\$	量を記入して下さい。
(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)	\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(16) Total	合 計	\$	Unit is _____
			通貨単位

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

注 意 : 特別室料等、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

担当医の名前及び住所

Name (名前) : Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_  
 Address (住所) : Office(病院または診療所) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 Date (日付) : \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Signature(署名) \_\_\_\_\_

■邦訳（B）

(10) 諸検査費の内訳（諸検査の内容）

---

---

---

---

---

---

---

(11) 医薬費の内訳（薬の名称、量）

---

---

---

---

---

---

---

(15) その他（特記事項）

---

---

---

---

---

---

---

---

---

翻訳者

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_