

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- Please fill in this form so that patient may claim the socila insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名して下さい。
- Please fill in this description of service other than listed items marked. ※
※13.その他の項目には、1～12に該当しない診療内容を記入して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization /outpatient(home visit)should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎にこの様式1枚が必要です。
- If not in dollars,please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。
- Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e.,payment for a luxurious room charge.
高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex 性別		☐ M 男	☐ F 女
Diagnosis / Symptoms 診断 症状				☐ Physical Check-up 健康診断 ☐ Immunization 予防接種 ☐ Pregnancy in normal condition 正常経過の妊婦			
Description of Service 診療内容		Fee 料金		Description of Service 診療内容		Fee 料金	
1. Days of Diagnosis and Treatments 診療日数 days Office Visit 外来 日間 Initial 初診				8. Hospitalization days 入院診療 日間 Admission 入院 Discharge 退院			
Subsequent 再診				9. Operation 手術			
Subsequent 再診				Fixation 固定			
Home Visit 往診				Dressing 包交			
2. Medication ☐ yes ☐ no 投薬				10. Anesthesia ☐ Local 局所 ☐ Spinal 脊椎 ☐ General 全身			
3. ☐ injection 注射 ☐ IV Treatment 点滴 Pharmacy 薬剤				11. Operation / Emergency room 手術室 緊急治療室			
4. Laboratory(Specify) 検査				12. Radiology 画像診断 ☐ X-ray レントゲン診断			
5. Physiotherapy 理学療法				☐ Ultrasound 超音波検査			
6. Medical Supplies 医療器材				☐ Nuclear Scan 核医学診断			
7. Hospital Visit 入院時医学管理				※ 13. Other その他			
Unit is 貨幣単位				Total Fee 合計			

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。

Name and Address of Physician / Hospital,Clinic,Office 医師の氏名及び住所または病院、診療所の名称及び所在地	
Date 月 日	Physician's Signature 医師の署名

邦 訳

診断・症状

13. その他(項目明記)

翻訳者記入欄	
名 前	印／サイン
住 所	電話

- 申請者の方へ
- ※印(13.その他)に医師の記入がある場合は必ず邦訳部分に和訳を記入して下さい。
 - 診断・症状を邦訳部分に記入して下さい。