Request to Attending Physician 翻訳者

|  |
| --- |
| 氏名 |
| 住所  Tel． |

**担当医へのお願い**

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social 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。

1. This form should be completed and signed by the attending physician．

この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。

1. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit)

Should be filled out．各月毎、入院・入院外毎に付、この様式１枚が必要です。

Form Ａ **Attending Physician’s Statement**

様式 Ａ **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 with the number of International Classification of Diseases for use of  Social Insurance． 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号  （No． ）  3．Date of First Diagnosis：  初 診 日 ， 20  4．Days of Diagnosis and Treatment：  診療日数 days  5．Type of Treatment  治療の分類  □ Hospitalization： From ， to ，20 ( days)  入 院 自 至 日間  □ Outpatient or Home Visit ， to ，20  入 院 外  ， to ，20  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。  9．Itemized Amounts paid to Hospital ＆ / or Attending Physician．： Fill in Form Ｂ  項目別治療実費 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 ： 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 |

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic 翻訳者

|  |
| --- |
| 氏名 |
| 住所  Tel． |

**担当医又は病院事務長へのお願い**

１．Please fill in this form so that the patient may claim the social 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。

1. This form should be completed and signed by either the attending physician or

The Superintendent of a hospital/clinic．

この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名して下さい。

1. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit)

Should be filled out．各月毎、入院・入院外毎に付、この様式１枚が必要です。

1. 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。

Form Ｂ **Itemized Receipt**

様式 Ｂ **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 Examinations Ｘ線検査費 ＄

（10） Laboratory Tests 諸検査費 ＄

（11） Medicines 医 薬 費 ＄

（12） Surgical Dressing 包 帯 費 ＄

（13） Anesthetics 麻 酔 費 ＄

（15） Others (Specify) その他(項目明記) ＄ 　＄ 　＄

Unit is

貨幣単位

（16） Total 合 計 ＄

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

注意：高級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/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 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