

This form is used for claiming the health insurance benefit
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

診療内容明細書(翻訳文)

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日	Sex 性別	<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Diagnosis/Symptom 診断 症状		<input type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠			
Description of Services 診療内容		Fee 料金	Description of Services 診療内容		Fee 料金
1 Outpatient 外来 Date of Services 受診日 Initial Visit (in this case) 当件の初診日 _____ Subsequent Visit 再診 _____ _____ Total 合計 _____ Visits 回		_____	6 Inpatient 入院 From _____ to _____ (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計 _____ Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 _____ Room, Food, etc. 室料・食事療養 _____		_____
2 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		_____	7 Operation 手術 _____ Fixation 固定 Dressing 洗浄 Other Procedure (specialty) その他の処置 _____		_____
3 <input type="checkbox"/> Injection 皮下・筋注 <input type="checkbox"/> IV treatment 点滴		_____	8 Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local 局部 <input type="checkbox"/> Spinal 脊椎 <input type="checkbox"/> General 全身		_____
4 Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査 <input type="checkbox"/> Urine 尿 <input type="checkbox"/> Blood 血液 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図 <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		_____	9 Operation/Emergency Room 手術室 緊急治療室		_____
5 Physiotherapy 理学療法 _____ times 回		_____	10 Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 <input type="checkbox"/> CT コンピューター断層撮影 <input type="checkbox"/> _____		_____
			11 Others (specify) その他 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Medical Certificate 診断書		_____

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office
医師の氏名及び住所 又は病院、診療所の名称及び所在地

Total Fee
合計

Reference Number of your
Medical Record (if applicable)
診療録の番号

Date _____
日付

Physician's Signature _____
医師の署名