

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

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 / Symptoms 診断 症状	<input type="checkbox"/> Physical Check-up 健康診断 <input type="checkbox"/> Immunization 予防接種 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠	

Description of Service 診療内容	Fee 料金	Description of Service 診療内容	Fee 料金
1. Days of Service _____ days 診療日数		7. Hospital Visit 入院時医学管理	
Office Visit 外来 Initial 初診 _____, 19		8. Hospitalization _____ days 入院診療 Admission 入院 _____, 19	
Subsequent 再診 _____, 19		Discharge 退院 _____, 19	
Home Visit 往診 _____, 19		9. Operation 手術 _____	
2. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬		Fixation 固定 _____	
Pharmacy 薬剤 _____		Dressing 包交 _____	
3. <input type="checkbox"/> Injectino <input type="checkbox"/> IV Treatment 注射 点滴		10. Anesthesia 麻酔	
Pharmacy 薬剤 _____		<input type="checkbox"/> Local 局部 <input type="checkbox"/> Spinal 脊椎 <input type="checkbox"/> General 全身	
4. Laboratory (Specify) 検査		11. Operation- / Emergency room 手術室 緊急治療室	
		12. Radiology 画像診断	
5. Physiotherapy 理学療法 _____		<input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 _____	
		<input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 _____	
6. Medical Supplies 医療器材		<input type="checkbox"/> Nuclear Scan 核医学診断 _____	
		13. Other その他 _____	
		Total Fee 合計	

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

Date 日付 _____ Physician's Signature 医師の署名 _____

Reference Number of your
Medical Record (if applicable)

診療録の番号 _____