Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1	.Name of Patient (Last , First) 患者名	•	Sex(Male・Female) 性別(男・女)	
2	. Name of IIIness or Injury prefediseases for the use National 傷病名及び国民健康保険用国際疾	Health Insurance (See the		
3	.Date of First Diagnosis : 初診日	D / M / Y 日 / 月 / 年	/ /	
4	.Duration of Treatment : 診療日数	days 日		
5	入院 自			days) 日間)
6	. Nature and Condition of IIInes 症状の概要	s or Injury (in brief)		
7	.Prescription , Operation and A 処方、手術その他の処置の概要	ny other treatments (in b	orief)	
8	.Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるものです		injury? Yes No はい いいえ	
9	.Itemized Amounts paid to Hospi 治療実費	tal and/or Attending Phys	sician : Form B 様式B	
10	.Name and Address of Attending 担当医の名前及び住所	Physician		
	Name 名前 : <u>Last 姓</u>	First 名	Title 称号	
	Address 住所 : <u>Home 自宅</u>		phone 電話	
	Office 病防	ミ又は診療所 アンファイン	phone 電話	
	Date 日付 :	Signature 署名	Attending Physician	
			your Medical Record (if appli	cable)
		診療録の番号	号	

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	<u>\$</u>
(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) X-ray examination	X線検査費	\$
(9) Medication	医薬費	\$
(10) Anesthetics	麻酔費	\$
(11) Operating room charge	手術室費用	\$
(12) Others (specify)	その他(項目明記)	\$ \$
(13) Total	合 計	\$
Name and Address of Attending Physici	an/Superintendent of Hosp	oital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所		
Name		
	First	Title
姓	名	称号
Address: Home 自宅		Phone 電話
住所 <u>Office 病院又は診療所</u>		Phone 電話
Date :	Signature	
日付	署名	

RECEIPT (DENTAL)

領収明細書(歯科)

領以明糾音(圏科)														
Request to Attending physician														
担当医へお願い														
1.Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance bend この様式は患者の国民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、署名してください。 3.One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit)should be filled on 各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。 Separate receipt required for prescriptions.														
							薬材料は別に処方箋を添付のこと。							
							Permanent (疾病の名称および部位) Baby teeth (乳歯)							
							8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8						
							8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8						
							Identify examined teeth :	(該当する部位を で	囲み病名をつける)					
							· Cavity (C) (虫歯) · missing teeth (F) (欠歯) · stomatitis (G) (口内炎							
· Phrrhes alveolaris (P)(歯槽膿漏) · extraction needed (Z)(要抜歯)														
Date of First Diagnosis	,			Currency paid										
Days of Diagnosis and	(支払通貨)													
Office Visit Fees(診断料)														
Examination Fees (検査料)														
X-Ray Fee (レントゲン)														
Other(その他)														
Services (治療した歯の部位と治療の種類)														
Describe when gold or platinum was used(治療材料に金、白金を使用した														
		ときは特記してく	ださい)											
・Filling (充てん)														
・Inlaying (インレー又)	はアンレー)													
·Capping (metal)(金属冠)														
・Jacket capping (ジャケット冠)														
·Capping connected(歯冠継続歯)														
Chipped Teeth (欠損歯	を補綴した場合その)部位と種類)												
・Bridge (ブリッジ)														

・Partial artificial teeth (局部義歯)	
·Total artificial teeth (総義歯)	
Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)	Total (計)
-	
Signature of Doctor (担当医署名)	
Date (日付)	