Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1.	Name of Patient (Last, First)) Age (Da	ate of I	Birth)		Sex (1	Male•Fe	male)
	患者名	年齢(生	年月日)_			性別(男	· 女)	
2.	Name of Illness or Injury of diseases for the use Na 傷病名及び国民健康保険用国際疾病	tional Hea	alth Insi	urance (Se				
3.	Date of First Diagnosis: _ 初診日 _	D / M 日 / 月			/	/		
4.	Duration of Treatment: 診療日数	day: 日	S					
5.	Type of Treatment 治療の分類 □Hospitalization: From 入院 自 □Out patient or Home V 入院外			至	/	/	_ (days) 日間) -
6.	Nature and Condition of Ill 症状の概要	ness or I	njury (i	n brief)				
7.	Prescription, Operation and 処方,手術その他の処置の概要	Any other	treatme	ents (in	brief)			
8.	Was the treatment required 治療は事故の傷害によるものです?							
9.	Itemized Amounts paid to l 治療実費	Hospital a	nd/or .	Attending	Physic		rm B 式B	
10.	Name and Address of Atter 担当医の名前及び住所	nding Phys	sician					
	Name 名前 : <u>Last 姓</u>		First 2	名	Т	itle 称与		
	Address 住所 : <u>Home 自宅 phone 電話</u>							
	Office 病院	又は診療所			<u>r</u>	hone 電	話	
	Date日付:	S	lignature	署名				
	Referen	ce Numbe	_	our Med 最の番号		ecord	(if app	licable)

Itemized receipt 収明細 領

(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)	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	\$	
担	me and Address of Attending 当医又は病院事務長の名前及び住所 .me	Physician/Superintende	ent of Hospital	or Clinic
名i	前 : Last	First	Title	
	姓	名	称号	
Ad	dre ss : <u>Home 自宅</u>		Phone f	電話 電話
住			Phone	電話
Da	te '	Signature		
שט	.00	⊳igπαιαι∪		
日	 _			