

This form is used 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 _____, 20 初診	_____	8. Hospitalization _____ days 入院診療	_____
Subsequent _____, 20 再診 _____, 20	_____	Admission _____, 20 入院	_____
Home Visit 往診 _____, 20	_____	Discharge _____, 20 退院	_____
2. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬	_____	9. Operation _____ 手術	_____
Pharmacy 薬剤	_____	Fixation _____ 固定	_____
3. <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> IV Treatment 注射 点滴	_____	Dressing _____ 包交	_____
Pharmacy 薬剤	_____	10. Anesthesia 麻醉 <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> General 局部 脊髄 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 <input type="checkbox"/> X-ray _____ レントゲン診断	_____
5. Physiotherapy 理学療法 _____	_____	<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 Physician's Signature
日付 医師の署名

Reference Number of your
Medical Record (if applicable)

診療録の番号