

Form A

Attending Physician's Statement  
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex ( Male•Female )  
患者名 \_\_\_\_\_ 年齢 ( 生年月日 ) \_\_\_\_\_ 性別 ( 男・女 ) \_\_\_\_\_
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance (See the other side of this form)  
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 ( 裏面参照 )
3. Date of First Diagnosis :     D / M / Y         /    /      
初診日     日 / 月 / 年         /    /
4. Duration of Treatment : \_\_\_\_\_ days  
診療日数 \_\_\_\_\_ 日
5. Type of Treatment  
治療の分類  
Hospitalization : From     /    /     , to     /    /     ( days )  
入院 自     /    /     至     /    /     ( 日間 )  
Out patient or Home Visit :     /    /         /    /      
入院外     /    /         /    /
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)  
症状の概要
7. Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)  
処方、手術その他の処置の概要
8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No  
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
9. Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Form B  
治療実費 様式 B
10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所  
Name名前 : Last姓 \_\_\_\_\_ First名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
Address住所 : Home自宅 \_\_\_\_\_ phone電話 \_\_\_\_\_  
Office病院又は診療所 \_\_\_\_\_ phone電話 \_\_\_\_\_  
Date日付 : \_\_\_\_\_ Signature署名 \_\_\_\_\_  
Attending Physician担当医  
Reference Number of your Medical Record (if applicable)  
診療録の番号 \_\_\_\_\_

Form B

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	\$ _____	
(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	\$ _____	

: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a b  
Important ed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name

名前 : Last 姓 First 名 Title 称号

Address : Home 自宅 Phone 電話

住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

日付 署名

**RECEIPT (DENTAL)****領収明細書(歯科)**

<b>Request to Attending physician</b> 担当医へお願い	
<p>1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit. 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。</p> <p>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。</p> <p>3. One form for each month and one for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に、この様式 1 枚が必要です。</p> <p><b>Separate receipt required for prescriptions.</b> 薬材料は別に処方箋を添付のこと。</p>	
<b>Permanent</b> (疾病の名称および部位)	<b>Baby teeth</b> (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
<b>Identify examined teeth:</b> (該当する部位を で囲み病名をつける)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cavity (C) (虫歯)</li> <li>• missing teeth (F) (欠歯)</li> <li>• stomatitis (G) (口内炎)</li> <li>• Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏)</li> <li>• extraction needed (Z) (要抜歯)</li> </ul>	
<b>Date of First Diagnosis</b> (初診日)	<b>Currency paid</b> (支払通貨)
<b>Days of Diagnosis and Treatment</b> (診療を行った実日数) _____ <b>day</b> (日間)	
<b>Office Visit Fees</b> (診断料)	
<b>Examination Fees</b> (検査料)	
<b>X-Ray Fee</b> (レントゲン)	
<b>Other</b> (その他)	
<b>Services</b> (治療した歯の部位と治療の種類)	
<b>Describe when gold or platinum was used</b> (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)	
<b>Chipped Teeth</b> (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)	
<b>Name of Hospital or Clinic</b> (病院又は診療所名称)	<b>Total</b> (計)
_____	
<b>Signature of Doctor</b> (担当医署名)	
_____	
<b>Date</b> (日付)	
_____	