

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	M 男	F 女
Diagnosis / Symptoms 診断 症状		Physical Check-up 健康診断		
		Immunization 予防接種		
		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 _____,20	_____	8. Hospitalization _____ days 入院診療	_____
Subsequent 再診 _____,20	_____	Admission 入院 _____,20	_____
Home Visit 往診 _____,20	_____	Discharge. 退院 _____,20	_____
2. Medication yes no 投薬		9. Operation 手術	_____
Pharmacy 薬剤	_____	Fixation 固定 _____	_____
	_____	Dressing 包交 _____	_____
3. Injection IV Treatment 注射 点滴	_____	10. Anesthesia 麻醉	_____
Pharmacy 薬剤	_____	Local 局部 Spinal 脊椎 General 全身	_____
	_____	11. Operation- / Emergency room 手術室 緊急治療室	_____
4. Laboratory (Specify) 検査	_____	12. Radiology 画像診断	_____
	_____	X-ray レントゲン診断 _____	_____
5. Physiotherapy 理学療法 _____	_____	Ultrasound 超音波検査 _____	_____
	_____	Nuclear Scan 核医学診断 _____	_____
6. Medical Supplies 医療器材	_____	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 \_\_\_\_\_