

## Request to Attending Physician

### 担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
この様式は患者の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、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

## Attending Physician's Statement

### 診療内容明細書

#### Form A

#### 様式A

1. Name of Patient (Last, First)      Age (Date of birth)      Sex (Male · Female)  
患者名 \_\_\_\_\_ 年齢(生年月日) \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_
  
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)  
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 \_\_\_\_\_ (No. \_\_\_\_\_)
  
3. Date of first Diagnosis  
初診日 \_\_\_\_\_
  
4. Days of Diagnosis and Treatment  
診療日数 \_\_\_\_\_ days
  
5. Type of Treatment  
治療の分類  
 Hospitalization      From \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
     入院                      自 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 日間)
   
 Outpatient 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。
  
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B  
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる
  
10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所  

Name	Last(姓) _____	First(名) _____	Title(称号) _____
Address	Home(自宅) _____	Phone(電話) _____	
	Office(病院または診療所) _____	Phone _____	
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 \_\_\_\_\_

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

\_\_\_\_\_

6. 症状の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. 処方、手術その他の処置の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

翻訳者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

Ⓜ

\_\_\_\_\_

電話


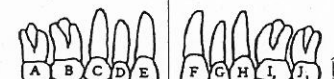
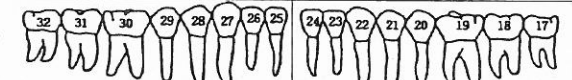

\_\_\_\_\_

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
この様式は患者の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、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C  
様式C

Attending Dentist's Statement  
歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	
<b>Permanent tooth</b> (Upper) (RIGHT)  (LEFT)		<b>Primary tooth</b> (RIGHT)  (LEFT)
(Lower) (RIGHT)  (LEFT)		(RIGHT)  (LEFT)

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー					
Metal Crown 金属冠					
Post Crown 継続歯					
Jacket Crown ジャケット冠					
Bridge Work ブリッジ					
Plate Denture 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
<b>Total 合計</b>					

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_

Address Home(自宅) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_

Office(病院または診療所) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Date(日付) \_\_\_\_\_

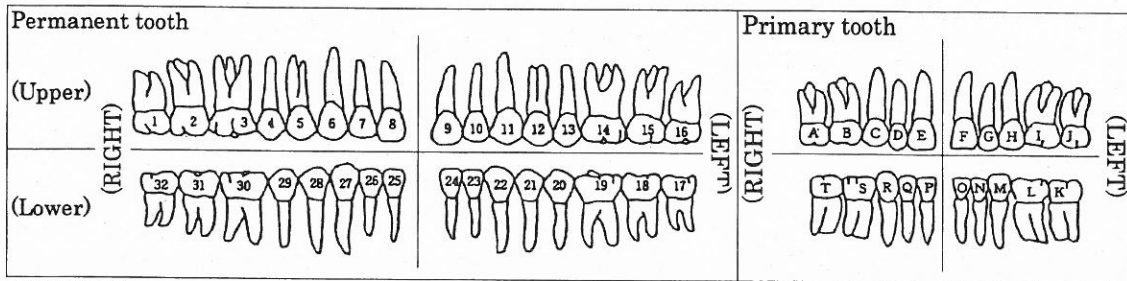
Signature(署名) \_\_\_\_\_

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 \_\_\_\_\_

様式C 邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
拔牙					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

④

電話