

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

- Please fill in this form so that patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- 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。
- Please fill in this description of service other than listed items marked. ※  
※13. その他の項目には、1～12に該当しない診療内容を記入して下さい。
- One form for each month and one form 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。
- If not in dollars, please specify the unit used.  
ドル以外の外貨の場合はその旨を書いて下さい。
- Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.  
高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

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 正常経過の妊婦		
Description of Service 診療内容		Fee 料金		Description of Service 診療内容	
1. Days of Diagnosis and Treatments 診療日数 Office Visit 外来 _____ days 日間 Initial 初診				8. Hospitalization _____ days 入院診療 日間 From _____ to _____ 自 至	
Subsequent 再診				9. Operation 手術	
Subsequent 再診				Fixation 固定	
Home Visit 往診				Dressing 包交	
2. Medication <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 投薬				10. Anesthesia <input type="checkbox"/> Local 局所 <input type="checkbox"/> Spinal 脊椎 <input type="checkbox"/> General 全身	
3. <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> IV 注射 点滴 Pharmacy 薬剤				11. Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室	
4. Laboratory (Specify) 検査				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	
7. Hospital Visit 入院時医学管理				※13. Other その他	
Monetary Unit 貨幣単位				Total Fee 合計	

Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes  No

治療は事故の障害によるものですか？

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office 医師の氏名及び住所または病院、診療所の名称及び所在地	
Date 日付	Physician's Signature 医師の署名

## 邦訳

申請者の方へ 1. ※印(13. その他)に医師の記入がある場合は必ず邦訳部分に和訳を記入して下さい。  
2. 診断・症状を邦訳部分に記入して下さい。

診断・症状

2・3・6 薬等の内訳(薬の名称、投薬量等)

4・5・10 諸検査の内訳

9・12 手術・画像診断内容

13. その他(項目明記)

翻訳者記入欄			
氏名	印	電話	
住所	〒 —		