

様式第17号の1(第12条関係)

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
傷病名及び国際疾病分類番号
- 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 : _____
 Reference Number of your Medical Record (if applicable)
 診療録の番号 _____

※日本語の翻訳文を添付してください。翻訳文には、必ず翻訳者の氏名及び住所を記載してください。

様式第17号の2(第12条関係)

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	\$	_____

If not in dollars please specify the unit used. ドル以外の通貨の場合は、その旨を書いてください。

Unit is _____
貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, I-e, extra charge for a bed.
注 意 : 高級室料等治療に直接関係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 : Last _____ First _____ Title _____
名前 姓 名 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