

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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 性別 男 女
Diagnosis / Symptoms 診断 症状	<input type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠	

Description of Services 診療内容	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Fee 料金
<b>1 Outpatient 外来</b> Date of Services 受診日 Initial Visit (in this case) 当件の初診日 _____ Subsequent Visit 再診 _____ _____ Total 合計 _____ Visits 回		<b>6 Inpatient 入院</b> From _____ to _____ (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計 _____ Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 _____ Room, Food, etc. 室料・食事療養 _____	
<b>2 Medication 投薬</b> <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		<b>7 Operation 手術</b> _____ Fixation 固定 _____ Dressing 洗浄 _____ Other Procedure (specify) その他の処置 _____	
<b>3</b> <input type="checkbox"/> Injection 皮下・筋注 <input type="checkbox"/> IV treatment 点滴		<b>8 Anesthesia 麻酔</b> <input type="checkbox"/> Local 局部 <input type="checkbox"/> Spinal 脊椎 <input type="checkbox"/> General 全身	
<b>4 Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査</b> <input type="checkbox"/> Urine 尿 _____ <input type="checkbox"/> Blood 血液 _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図 _____ <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ _____		<b>9 Operation / Emergency Room</b> 手術室 緊急治療室 _____	
<b>5 Physiotherapy 理学療法</b> _____ times 回		<b>10 Radiology 画像診断</b> <input type="checkbox"/> X-ray レイゲ診断 _____ <input type="checkbox"/> CT コンピュータ断層撮影 _____ <input type="checkbox"/> _____ _____	
		<b>11 Others (specify) その他</b> <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> Medical Certificate 診断書 _____	

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

Total Fee  
合計

Date  
日付

Physician's Signature  
医師の署名

Reference Number of your  
Medical Record (if applicable)  
診療録の番号