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	☐ Sick 疾病 ☐ Preventive care 予防的診療 ☐ Pregnancy in nomal 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
1 Outpatient 外来 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		**6 Inpatient 入院** 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 _____	
2 Medication 投薬 ☐yes ☐no _____		7 Operation 手術 _____ _____ Fixation 固定 _____ Dressing 洗浄 _____ Other Procedure (specify) その他の処置 _____ _____	
3 ☐Injection 皮下・筋注 ☐IV treatment 点滴 _____		8 Anesthesia 麻酔 ☐Local 局部 ☐Spinal 脊椎 ☐General 全身 _____	
4 Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査 ☐ Urine 尿 _____ ☐ Blood 血液 _____ ☐ _____ _____ ☐ ECG (EKG) 心電図 _____ ☐ Ultrasound 超音波検査 _____ ☐ _____ _____ ☐ _____ _____		9 Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室 _____	
5 Physiotherapy _____ times 理学療法 回 _____		10 Radiology 画像診断 ☐ X-ray レントゲン診断 _____ ☐ CT コンピューター断層撮影 _____ ☐ _____ _____	
		11 Others (specify) その他 ☐ _____ _____ ☐ _____ _____ ☐ 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

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

Date
日付 _____

Physician's Signature
医師の署名 _____