

## 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 social insurance benefit.  
この様式は患者の社会保険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、署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient should be filled out.  
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

Form A 様式 A

### Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First)      Age (Date of Birth)      Gender (Male · Female)  
患者名 \_\_\_\_\_ 年令 (生年月日) \_\_\_\_\_ 性別 (男・女)
2. Name of Illness 傷病名 \_\_\_\_\_
3. Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ 初診日 令和 年 月 日
4. Days of Diagnosis and Treatment: \_\_\_\_\_ days 診療日数 日間
5. Type of Treatment 治療の分類
- Hospitalization : From \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ (\_\_\_\_ days)  
入院 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 ( 日間)
- Outpatient or Home Visit: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, 20\_\_\_\_  
入院外 令和 年 月 日 令和 年 月 日
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 : Fill in Form B  
治療実費      様式 B による
10. Name and Address of Attending Physician 担当医の氏名及び住所
- Name 氏名 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

日本語 に翻訳 した者	住所 氏名	印
-------------------	----------	---

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は患者の社会保険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、署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient should be filled out.  
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify unit used.  
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

Itemized Receipt (DENTAL)

領収明細書(歯科)

Permanent (疾病の名称及び部位)		Baby teeth (乳歯)									
8 7 6 5 4 3 2 1	8 7 6 5 4 3 2 1	V	IV	III	II	I	V	IV	III	II	I
1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Identify examined teeth: (該当する部位を○で囲み病名をつける)											
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cavity (C) (虫歯)</li> <li>• missing teeth (F) (欠歯)</li> <li>• stomatitis (G) (口内炎)</li> <li>• Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏)</li> <li>• extraction needed (Z) (要抜歯)</li> </ul>											
Date of First Diagnosis (初診日)						_____					
Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数)						_____ day (日間)					
Office Visit Fees (診断料)						_____					
Examinations Fees (検査料)						_____					
X-ray Fees (レントゲン)						_____					
Others (その他)						_____					
Services (治療した歯の部位と治療の種類)											
Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用した時は特記して下さい)											
• Filling (充てん)											
• Inlaying (インレー又はアンレー)											
• Capping(metal) (金属冠)											
• Jacket capping (ジャケット冠)											
• Capping connected (歯冠継続歯)											
Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)											
• Bridge (ブリッジ)											
• Partial artificial teeth (局部義歯)											
• Total artificial teeth (総義歯)											

Name and Address of Attending physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の氏名及び住所

Name 氏名 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_