Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1.	Name of Patient (Last, Fir 患者名						
2.	Name of Illness or Injury diseases for the use of Illness 像病名及び国民健康保険用目	National H	ealth Insur	rance (Sec			
3.	Date of First Diagnosis: 初診日	D /	M / 月	Y 年	/	/	-
4.	Duration of Treatment: _ 診療日数 _	•	lays ∃				
5.	Type of Treatment 治療の分類 □Hospitalization: From 入院 自 □Out patient or Home 入院外	Visit :	<u>/</u> ,	to 至/	/ / / / - /		days) 日間) ——
6.	Nature and Condition of 症状の概要	Illness or	Injury (ir	n brief)			
7.	Prescription, Operation and 処方、手術その他の処置の根	•	er treatmen	ts (in bi	rief)		
8.	Was the treatment required 治療は事故の傷害によるもの		esult of a	n acciden	ntal injury?	Yes□ はい	
9.	Itemized Amounts paid to 治療実費	Hospital	and/or A	attending	Physician:Fo 様元		
10.	Name and Address of At 担当医の名前及び住所	tending Pl	nysician				
	Name名前 : <u>Last姓</u>		First名		Title 称-	号	
	Address住所 : Home自宅		pl				
					phone電		
	Date 日付:		_ Signature	2署 名		ng Physicia	
		Reference	Number of	of your	Auendii Medical Re	•	

日付

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	\$		
Important: Exclude the amount irrelev 注 意 : 高級室料等治療に直接関係の Name and Address of Attending Phy 担当医又は病院事務長の名前及び住所	ないものは除いて下さ	V 'o		
Name				
名前 : <u>Last</u>	First	Title		
姓	名	称号		
Address : <u>Home 自宅</u>		Phone 電話		
住所 Office 病院又は診療所	Î	Phone 電話		
Date :	Signature			

署名

Request to Attending Dental Surgeon 担当歯科医へのお願い

- 1. Please fill in this form so that the patient may claim the National Health insurance benefit. この様式は患者の国民健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- 2. This form is to be completed and signed by the attending surgeon.
- この様式は担当歯科医が記入し、署名してください。
 3. One form for each month and one 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。

Form C (様式 C)

RECEIPT (DENTAL) 領収明細書(歯科)

Name of Patient (Last, First)	Age (Da	te of Birth)	Sex	(Male • Female)				
受診者名	年齢		性別					
Date of First Diagnosis		Dave of Diagnosis And	Trootmont					
初診日	Days of Diagnosis And Treatment 診療実日数 days							
				<u>uays</u>				
Locali Permanent Teeth 永久歯	zation of Teeth 部位		oth 의 뇨					
···	1 2 3 4 5 6 7 8	Deciduous Te		abcde(L)				
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	1 2 3 4 5 6 7 8			abcde (L)				
1. Name of Illness 傷病名	1 2 0 4 0 0 7 0	6 4 6	, Da c					
(1) Dental Caries	(2) Missing Tooth	(3) Pyorrhe						
う蝕症								
 (4) Extraction Needed	(5) The Others							
大的 Extraoeron Noodou	I							
				-				
2. Dental Treatment		Localization of Teeth Examined	Material	Fee				
歯科治療		患歯部位	材料	治 療 費				
(1) Initial Office Visit (初診)	料)							
(2) Office Visit Fees (再診料)								
(3) Days of Diagnosis and Treatm	ent (診療実日数)							
(4) Examination Fees (検査料)	/ * · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
(5) X-Ray Examination (レント) dental ・単純撮影 (標準								
panorama ・パノラマ撮影								
(6) Dental Pulp Extirpation (技								
(7) Operation (手術)								
(8) Extraction (抜歯)								
(9) Filling (充填)								
(10) Inlaying (インレ―又はアン	ンレ ー)							
(11) Metal Crown (金属冠)								
(12) Post Crown (継続歯)	=7\							
(13) Jacket Crown (ジャケット語 (14) Bridge Work (ブリッジ)	<u>过)</u>							
(15) Plate Denture (有床義歯)								
(16) Partial Denture (局部義歯	<u> </u>							
(17) Complete Denture (総義歯)								
(18) Treatment of Pyorrhea Alveol	aris (歯槽膿漏)							
(19) Medicine (投薬)								
(20) The Others (その他)								
the currency unit (通貨単位) Total (合計)								
Name of Dental Surgeon 医師名								
Name and Address of Dentist's Office								
医師の名称・住所								
医師の名称	小 • 1土片丌							
Date 日付								