

## Request to Attending Physician

## 担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
この様式は患者の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。
- This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。

## 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    ☐ M   • ☐ F  
性別      男      女Date of first Diagnosis  
初診日Days of Diagnosis and Treatment      days  
診療日数      日間

- (1) Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)  
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (この明細書に添付されている表を参照してください。)

\_\_\_\_\_ (No.      )

- (2) Type of Treatment      治療の分類

☐ Hospitalization    from      /      /      to      /      /      (      days)  
入院      入院日      退院日      日間

☐ Out patient or Home Visit      /      /      .      /      /  
入院外

- (3) Nature and Condition of Illness or Injury (in detail)      症状の概要(詳しく記載してください)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- (4) Prescription, Operation and any other Treatments (in detail)  
処方、手術その他の処置の概要(詳しく記載してください)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- (5) 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

- (6) Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B  
医療機関又は担当医に支払った医療費の内訳: 様式Bに記載してください

Name and Address of Attending Physician    担当医の名前及び住所

Name    Last(姓)      First(名)      Title(称号)

Address    Home(自宅)      Phone(電話)

Office(病院又は診療所)      Phone(電話)

Date      .      .      Signature of  
日付      the Attending Physician  
担当医の署名

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

## 翻 訳

(1) 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

\_\_\_\_\_ (番号 \_\_\_\_\_)

(3) 症状の概要(詳しく記載してください)

---

---

---

---

---

---

---

(4) 処方、手術その他の処置の概要(詳しく記載してください)

---

---

---

---

---

---

---

(翻訳者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## Request to Attending Physician

## 担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
この様式は患者の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。
- This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。

## Itemized Receipt

## 領収明細書

		Unit is (通貨単位)	
(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 費	\$	
(5) Hospitalization	入 院 費	\$	
(6) Consultation	診 察 費	\$	
(7) Operation	手 術 費	\$	
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 師 費	\$	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	\$	
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査 費	\$	

\*Please fill in the content of the Laboratory Tests.

\*諸検査の内容を記入してください。

	\$
	\$
	\$
	\$

(11) Medicines\*\* 医 薬 品

\*\*Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.

\*\*処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

	\$
	\$
	\$
	\$

(12) SurgicalDressing	包 帯 費	\$
(13) Anesthetics	麻 酔 費	\$
(14) Operating room Charge	手 術 室 費 用	\$
(15) The Others (Specify)	そ の 他 (特記事項)	\$

	\$
	\$
	\$

(16) Total 合 計 \$

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.

注意:特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name Last(姓) First(名) Title(称号)

Address Home(自宅) Phone(電話)

Office(病院又は診療所) Phone(電話)

Date . . Signature of the Attending Physician  
日付 担当医の署名

Reference Number of your Medical Record ( if applicable )

診療録の番号

翻 訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

---

---

---

---

(11) 医薬品の内訳(薬の名称、量)

---

---

---

---

(15) 特記事項

---

---

---

---

(翻訳者)

住所 

---

氏名 

---

電話番号 

---

## Request to Attending Physician

## 担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
この様式は患者の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。
- This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。

## Attending Dentist's Statement

## 歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名			Date of Birth 生年月日			Sex 性別 <input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女		
Date of first Diagnosis 初診日			Days of Diagnosis and Treatment 診療日数					
Permanent Tooth 永久歯 (Tooth Number 歯式)			Identify examined teeth. 該当する部位を○で囲み病名をつけてください。					
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;">R</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div>8 7 6 5 4 3 2 1</div> <div>1 2 3 4 5 6 7 8</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 5px;">L</div> </div>			<div style="display: flex; flex-direction: column;"> <div>(C) Cavity 虫歯</div> <div>(F) missing teeth 欠歯</div> <div>(G) stomatitis 口内炎</div> <div>(P) Phrrhes alveolaris 歯槽膿漏</div> <div>(Z) extraction needed 要抜歯</div> </div>					
Services 診療内容			Tooth No. 歯式			Fee 料金		
(1) Examination 診療						Services 診療内容		
(2) X-ray レントゲン診断						Comp.複合レジン 1.Serf		
Bite-wings 咬翼型 ×						2.Serf		
Periapical 標準型 ×						3.Serf		
Panoramic パノラマ ×						Other (Material)※		
Models スタディモデル						その他		
(3) Medication 投薬						(9) Inlay / Onlay (Material)※		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						インレー / アンレー		
(4) Prophylaxies / Scaling						(10) Amal./Comp.Build-up		
歯垢 歯垢除去						アマルガム・複合レジンによる支台築造		
Fluoride フッ化物塗布						Post c Core		
(5) Extraction 抜歯						メタルコア		
(6) Perio-dontal Scaking						Other (Material)※		
/Root planing						その他		
歯肉下歯石除去・根面平滑化						(11) Crown 冠		
Gingival Curettage						Porcelain / Gold		
盲嚢掻爬						Silver alloy		
(7) Pulp Cap 歯髄覆						Other (Material)※		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄						その他		
Root Canal Therapy						(12) Bridge Work フリッジ		
根管治療 1canal 根管						Abut (Material)※		
2canal						支台歯		
3canal						Pontic (Material)※		
(8) Filling 充填						ダミー		
Amal. アマルガム 1.Serf 面						(13) Plate Denture (Material)※		
2.Serf						有床義歯		
3.Serf						(14) Other (Material)※		
						その他		
						Unit is (通貨単位)		
						Total Fee (合計)		

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name Last(姓) First(名) Title(称号)

Address Home(自宅) Phone(電話)

Office(病院又は診療所) Phone(電話)

Date . . Signature of the Attending Physician 担当医の署名

Reference Number of your Medical Record ( if applicable )

診療録の番号

(8)~(14)で※がついている項目に医師の記入がある場合は必ず翻訳してください。

翻 訳

※ (8) 充填・その他

---

※ (9) インレー/アンレー

---

※ (10) 支台築造・その他

---

※ (11) 冠・その他

---

※ (12) ブリッジ

---

※ (13) 有床義歯

---

※ (14) その他

---

(翻訳者)

住所 

---

氏名 

---

電話番号 

---