

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給付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書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) 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。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

Form A  
様式 A

1. Name of Patient (Last, First) \_\_\_\_\_ Age(Date of Birth) \_\_\_\_\_ Sex(Male · Female)  
患者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer the table attached to this form).  
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (p 7 ~ p 10参照)  
\_\_\_\_\_ (No. \_\_\_\_\_)
3. Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_ ,  
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : \_\_\_\_\_ days  
診療日数 日間
5. Type of Treatment  
治療の分類  
 Hospitalization : Form \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
入院 自 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 日間)  
 Outpatient or \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
Home Visit  
入院外
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  
項目別治療実費 様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所  
Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。  
 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  M  F  
 性別 男 女

Initial Office Visit 初診日 \_\_\_\_\_ Days of services 診療日数 \_\_\_\_\_ days

Tooth Number 歯式																									
R Permanent Tooth 永久歯										L Milky Tooth 乳歯															
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K

Service (診療内容)	Tooth No. (歯式)	Fee (料金)	Service (診療内容)	Tooth No. (歯式)	Fee (料金)
1. Examination 診察		_____	8. Filling Amal. 充填 アマルガム	1 serf _____	_____
2. X-Ray レントゲン 診察	Bite-wings 咬翼型 ×	_____		2 serf _____	_____
	Periapical 標準型 ×	_____		3 serf _____	_____
	Panoramic パノラマ ×	_____	Comp. 複合 レジン	1 serf _____	_____
Models スタディモデル		_____		2 serf _____	_____
3. Medication 投薬	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	_____		3 serf _____	_____
4. Prophylaxies / Scaling 歯垢 ← 歯石除去		_____	9. Inlay / Onlay インレー・アンレー		_____
Fluoride フッ素物塗布		_____	10. Amal. / Comp. Build-up アマルガム・複合レジンによる支台築造		_____
5. Extraction 抜歯		_____	Post c Core メタルコア		_____
6. Periodontal Scaling / Root Planing 歯肉下歯石除去・根面平滑化		_____	11. Crown Porcelain / Gold 冠 ボーセレン・金		_____
Gingival Curettage 盲嚢搔爬		_____	Silver Alloy 銀合金		_____
7. Pulp Cap 歯髄覆罩		_____	Other その他		_____
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄		_____	12. Bridge Work Abut ブリッジ 支台歯		_____
Root Canal Therapy 根管治療	1 canal _____	_____			_____
	2 canal _____	_____			_____
	3 canal _____	_____			_____
	根管	_____	Pontic ダミー		_____
		_____	13. Plate Denture 有床義歯		_____
		_____	14. Other その他		_____

Name and Address of Dentist / Office (歯科医の氏名及び住所又は歯科医院の名称及び所在地)

Total Fee (合計)

Date (日付)

Signature (署名)

## 診療内容明細書（海外分）翻訳

1. 患者名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 性別：男・女

2. 傷病名：

社会保険用国際疾病分類番号：

3. 初診日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

4. 診療日数： \_\_\_\_\_ 日

5. 治療の分類

入院： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 日間）

入院外： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 日間）

6. 症状の概要

---

---

---

7. 処方、手術その他の処置の概要

---

---

---

8. 治療は事故の傷害によるものですか。 : いいえ

9. 治療実費：様式B

10. 担当医の名前及び病院又は診療所住所

名前：姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

11. 翻訳者の名前及び住所

名前： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又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給付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 either the attending physician or the superintendent of hospital/clinic.  
この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) 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 the 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

領収明細書

Form B

様式 B

(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) Professional Nursing	職業看護婦費	\$	_____
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$	_____
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$	_____
(11) Medicines	医薬費	\$	_____
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$	_____
(13) Anaesthetics	麻酔費	\$	_____
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	_____
(15) Others(Specify)	その他 (項目明記)	\$	_____
		\$	_____
		\$	_____
			Unit is _____
(16) Total	合計	\$	_____
			貨幣単位

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

注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

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

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

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

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

Date 日付 \_\_\_\_\_

Signature 署名 \_\_\_\_\_

領収明細書（海外分） 翻訳

- 1. 初 診 料 : \_\_\_\_\_
- 2. 再 診 料 : \_\_\_\_\_
- 3. 往 診 料 : \_\_\_\_\_
- 4. 入 院 管 理 料 : \_\_\_\_\_
- 5. 入 院 費 : \_\_\_\_\_
- 6. 診 察 費 : \_\_\_\_\_
- 7. 手 術 費 : \_\_\_\_\_
- 8. 職 業 看 護 婦 費 : \_\_\_\_\_
- 9. X 線 検 査 費 : \_\_\_\_\_
- 10. 諸 検 査 費 : \_\_\_\_\_
- 11. 医 薬 費 : \_\_\_\_\_
- 12. 包 帯 費 : \_\_\_\_\_
- 13. 麻 酔 費 : \_\_\_\_\_
- 14. 手 術 室 費 用 : \_\_\_\_\_
- 15. その他（特記せよ） \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 16. 合 計 \_\_\_\_\_

担当医の名前及び病院又は診療所住所

名 前 : 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

電 話 : \_\_\_\_\_

翻訳者の名前及び住所

名 前 : \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

電 話 : \_\_\_\_\_