## Form A

Please fill in a form each month. 1 カ月分をこの 1 枚でご記入ください。

## Attending Physician's Statement (Hospitalization)

## 診療内容明細書(入院)

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.					
3.	B. Date of First Diagnosis: D / M	<u> / Y</u> _ /			
	初診日 日 / 月	/ 年/	<u> </u>		
4.	A. Duration of Treatment: 診療日数	days 目			
	Hospitalization: From/	/ /, to _ / /	<u>/</u> ( days)		
	入院/	<u> </u>	<u>/</u> まで ( 日間)		
5. 6	Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 病状の概要 Prescription , Operation and Any other treatments (in brief)				
	処方、手術その他の処置の概要				
7.	. Was the treatment required as a result of an accidental injury ? Yes $\square$ No $\square$ 治療は事故によるものですか はい いいえ				
8.	信原は事故によるものですが はいた いいえ . Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Form B 治療実費 様式 B				
9.	<ol> <li>Name and Address of Attending Phy 担当医の名前及び住所</li> </ol>	rsician			
	Name 名前 : Last.姓	First 名Title	称号		
	Address 住所 : Home or Office 自宅又は病院				
		Phone 電話			
	Date 日付:	Signature 署名			
	Re	Atterence Number of your Med	tending Physician 担当医		

 $Form \ B$  \*Please fill in a form each month. 1カ月分をこの1枚でご記入下さい。

## Itemizedreceiptforhospitalization領収明細書(入院)

	Month(月)	Year (牛)		
	Country(国名)	Currency(通貨)	( <u> </u>	
(1)	Fee for initial office visit (初診料)		_	
(2)	Fee for follow up office visit(再診料)		_	
(3)	  Hospitalization(入院費)		_	
(4)	Consultation(診察費)		_	
(5)	  Operation (手術費)		_	
(6)	  X-ray examination(X線検査費)		_	
(7)	  Medication(医薬費)		_	
(8)	  Anesthetics(麻酔費)		_	
(9)	  Operating room charge(手術室費用)			
(10)				
	(	\		
(11)	Total (合 計)			
*Im	' portant:Exclude the amount	irrelevant to the t	reatment, I-e, extra charge	
for a	a bed			
Ž.	主 意 :高級室料等治療に直	接関係のないものは	除いてください。	
	me and Address of Attending Physicia 当医又は病院事務長の名前及び住所	n / Superintendent of H	ospital or Clinic	
	me 前 : Last Fi	inat	V:+1.	
泊			`itle 称号	
	dress : Home or Office			
	主所 自宅又は病院			
Da	·			
日有	<u>T</u>	署名		