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 （Outpatient）

診 療 内 容 明 細 書（外来）

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 Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号（別紙参照）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3．Date of First Diagnosis： D / M / Y ＿＿/＿＿/＿＿/

初診日 日 / 月 / 年 ＿＿/＿＿/＿＿/

4．Duration of Treatment：＿＿＿＿＿days
診療日数 ＿＿＿＿＿日

Out patient or Home Visit：＿＿/＿＿/＿＿/ ＿＿/＿＿/＿＿/ ＿＿/＿＿/＿＿/

外来（具体的な日付をご記入下さい） ＿＿/＿＿/＿＿/ ＿＿/＿＿/＿＿/ ＿＿/＿＿/＿＿/

5．Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
病状の概要

6．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 ☐ No ☐
治療は事故によるものですか はい いいえ

8．Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician：Form B
治療実費 様式 B

9．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 or Office 自宅又は病院

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。

Itemized receipt for outpatient
領 収 明 細 書（外来）

Month（月）＿＿＿＿＿＿ **Year**（年） ＿＿＿＿＿＿

Country（国名）＿＿＿＿＿＿ **Currency(通貨)** ＿＿＿＿＿＿

(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)	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)	Others (Please specify the item.)　その他(項目明記) （　　）	＿＿＿＿＿＿
(11)	**Total**（合　計）	＿＿＿＿＿＿

***Important：Exclude the amount irrelevant to the treatment, ex. extra charge for a bed**

注　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。

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 ＿＿＿＿＿＿ First＿＿＿＿＿＿ Title＿＿＿＿＿＿
姓　名　称号

Address　：　Home or Office＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
住所　自宅又は病院　Phone（電話）＿＿＿＿＿＿

Date　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　Signature＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
日付　署名