Form	A		
様式	A		

1. This form is used for claiming the social insurance benefit. この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。

- 2. This form should be completed and signed by the attending physician. この様式は担当者が書き、かつ署名して下さい。
- 3. One form for each month, one form for hospitalization/ outpatient and home visit. 各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

## Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1.	Name of patient(La 患者名		Age(Date of Birth) 年令(生年月日)		Sex(Male· 性別(男			
2.			with Number of Inte			Diseases fo	r	
		surance (See the ot 険用国際疾病分類番	ther side of this form 号(裏面参照)	1)				
3.	Date of First Diagr	nosis:	, 20					
	初 診 日							
4.	Days of Diagnosis 診療日数	and Treatment :		days				
5.	Type of Treatment	-						
	治療の分類							
	☐ Hospitalization	: Form _	, 20	to		20	(	days
	入 院	自		至			(	日間)
	☐ Out patient or ?	Home Visit :	, 20			20		
	入 院 外		, <u>20</u>			20		
6.	Nature and Condit	ion of Illness or In	jury (in brief)					
	症状の概要							
7.	Prescription, opera 処方、手術その他の	-	r treatments (in brie	f)				
8.			ılt of an accidental ir	ijury ?	Yes $\square$		No 🗆	
		<b>手によるものですか。</b>			はい	ţ.	いえ	
9.		paid to Hospital ar	nd / or Attending ph		_			
	治療実費			様式	В			
10.	Name and Address		sician					
	担当医の名前及び							
	Name 名前 :			First 名	774			
	Address 住所: Home 自宅		He are		Pho			
		Office 病院又は診	医断所		Pho	ne ———		
	Date 日付		Signature	署名				
			Referenc 診療録の番号	e Number of y		ng Physici Record (if		当医 ble)

orm	В
法美	В

## **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)	Professional Nursing	職業看護師費	\$
(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)	Anesthetics	麻酔費	\$
(14)	Operating Room Charge	手術室費用	\$
(15)	The Others (Specify)	その他(特記せよ)	\$ \$
			\$ \$
(16)	Total	合 計	\$

注 意 : 高級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 / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院理事長の名前及び住所

Name :	Last	First	Title
名前	姓	名	
Address :	Home 自宅		Phone
住所	Office 病院又は診療所		Phone
Date		Signature	
日付		—— 署 名	