

# 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.  
この様式は社会保険の給付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、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.  
各月毎、入院・入院外毎につき、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  
傷病名  
  
\_\_\_\_\_
3. Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , 20\_\_\_\_\_  
初診日 \_\_\_\_\_ 日 , \_\_\_\_\_ 月 , \_\_\_\_\_ 年
4. Days of Diagnosis and Treatment: \_\_\_\_\_ days  
診療日数 \_\_\_\_\_ 日間
5. Type of Treatment  
診療の分類  
 Hospitalization: From \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , 20\_\_\_\_\_  
入院 自 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , 20\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
日間  
 Outpatient or Home Visit From \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , 20\_\_\_\_\_  
入院外 From \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , 20\_\_\_\_\_  
to \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , 20\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
to \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , 20\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)
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 C  
項目別治療実費 \_\_\_\_\_ 様式Cによる
10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前および住所  
Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
Office 病院または診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_  
Attending physician 担当医  
Reference Number of your Medical Report ( if applicable )  
診療録の番号 \_\_\_\_\_

# Request to the Dental Surgeon

## 歯科医師へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.

この様式は社会保険の給付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 Dental Surgeon.

この様式は担当医が書き、かつ署名してください。

3. One form for each month should be filled out.

各月ごとにこの様式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、その旨を明記ください。

## Itemized receipt (Dental)

### 領収明細書(歯科)

#### Form B (様式B)

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)

Date of First Diagnosis \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Days of Diagnosis and Treatment \_\_\_\_\_ days  
初診日 \_\_\_\_\_ 診療日数 \_\_\_\_\_ 日間

Localization of Teeth 部位			
Permanent Teeth (永久歯)		Deciduous Teeth (乳歯)	
R.	8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8	R.	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 L.		e d c b a   a b c d e L.

I. Name of Illness 傷病名			
1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏	4. The Others その他
_____	_____	_____	_____

II. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
1. initial Office Visit 初診料			\$
2. X-Ray Examination X線検査			\$
3. Dental Pulp Extirpation 抜髄			\$
4. Extraction 拔牙			\$
5. Filling 充填			\$
6. Inlay インレー			\$
7. Metal Crown/resin 金属冠			\$
8. Post Crown 継続歯			\$
9. Jacket Crown ジャケット冠			\$
10. Bridge Workブリッジ			\$
11. Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			\$
12. Treatment of Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏治療			\$
13. Medicine 投薬			\$
14. The Others ( ) その他 ( )			\$
15. Total 合計	(Unit is _____) 貨幣単位		\$

Name and Address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前・住所

Name 名前 : Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
Office 歯科医院 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

※申請書は、上記の内容の詳細を邦訳してください。

# Request to the Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

## 担当医また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.

この様式は社会保険の給付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 a hospital / clinic.

この様式は担当医または病院の事務長が書き、かつ署名してください。

3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.

各月毎、入院・入院外毎につき、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、その旨を明記ください。

## Itemized Receipt

### 領収明細書

#### Form C (様式C)

(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)	\$	\$
(16) Total	合計	\$	unit is 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

担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名前 : Last 姓	First 名	Title 称号
<hr/>		
Address 住所 : Home 自宅	Phone 電話	
<hr/>		
Office 病院または診療所	Phone 電話	
<hr/>		
Date 日付	Signature 署名	
<hr/>		