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 health insurance benefit. この様式は患者の健康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記入し、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. 各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

				Iter	miz	ed K	Lece	ıpt	
Forr 様 5	n B 弌 B			領	収	明	細	書	
(1)	Fee for Initial	Office Visit	初	診		料	\$		
(2)			再	診		料	\$		•
(3)	Fee for Home	Visit	往	診		料	\$		
(4)	Fee for Hospit	al Visit	入防	注 管	理	料	\$		
(5)	Hospitalizatio	n	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 Examination		X 約	泉 検	查	費	\$		_
(10)	Laboratory Tests [*]		諸	検 3	查	費			*Please fill in the content of the
							\$		Laboratory Tests.
							\$		*諸検査の内容を記入してください。
							\$		_
							\$		_
(11)	Medicines**		医	薬		費			**Please fill in the name and the
							\$		amount of the prescription of an
							\$		individual medicine.
							\$		**処方した個々の薬の名称と量を
							\$		記入してください。
							\$		<u>.</u>
(12) Surgical Dressing		sing	包	帯		費	\$		
(13) Anesthetics		麻	酔		費	\$			
(14) Operating Room Charge			手 徘	5 室	費	用	\$		
(15)	The Others (S	pecify)	その他	也(項目	明	記)			
							\$		-
							\$		
							\$		
							\$		
(16)	Total		合			計	\$		Unit is
(10)	10001		П			н	<u> </u>		· 通貨単位
Imp	ortant : Exclu	ide the amount irrelevar	nt to the	treatr	nen	t, i, e	., pay	ment for a Iux	
注,	意 :特別質	室料等、治療に直接関係な	いものは	除いて	くだる	さい。			
Nan	ne and Address	of Attending Physician							
1 (411	担当医の名前								
Nan	ne (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	
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