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. 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1枚が必要です。）

Attending Physician's Statement
（診療内容明細書）

1. Name of patient(Last, First)（患者名）　　Age（Date of Birth）（年齢）(生年月日)　　Sex（Male・Female）（性別）(男・女)

2. Name of Illness　（傷病名）　　（翻 訳）

3. Date of First Diagnosis　（初診日）

4. Date of Diagnosis and Treatment　（診療実日数）　　days

5. Type of Treatment　（診療の分類）　☐ Hospitalization （入　院）　From　　To　　（　　days）
☐ Out patient or Home Visit(入院外)

6. Nature and Condition of Illness or Injury(in brief)（症状の概要）

	（翻訳）

7. Prescription, operation and any other treatments(in brief)（処方，手術その他の処置の概要）

	（翻訳）

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury？ （診療は事故の傷害によるものですか。） YES□ NO□

9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician（診療実費）

(1) Fee for Initial Office Visit	（初診料）		(9) X－Ray Examinations	（X線検査費）	
(2) Fee for Follow-UP Office Visit	（再診料）		(10) Laboratory Tests	（諸検査費）	
(3) Fee for Home Visit	（往診料）		(11) Medicines	（医薬費）	
(4) Fee for Hospital Visit	（入院管理料）		(12) Surgical Dressing	（包帯費）	
(5) Hospitalization	（入院費）		(13) Anaesthetics	（麻酔費）	
(6) Consultation	（診察費）		(14) Operating Room Charge	（手術室費用）	
(7) Operation	（手術費）		(15) The Others（Specify）	（その他/特記せよ）	
(8) Professional Nursing	（職業看護婦費）		(16) other medical certificate	（文書代）	
			(17) Total （合 計 ）		

Important ：Exclude the amount irrelevant to the treatment,i・e,payment for luxurious room charge .

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 : Last First Title

（名前） （姓） （名）

Address : Home （自宅） Phone

Office（病院又は診療所） Phone

Date : Signature

（日付） （署名）