Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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 for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.
各月毎、また入院、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

Name of Patient（患者名）	Date of Birth（生年月日）	Sex（性別） Male Female
Date of First Diagnosis（初診日）	Days of Diagnosis days.	
Diagnosis/Symptoms（診断/症状）		
Type of Treatment（治療の分類） ☐ Hospitalization（入院） ☐ Outpatient or Home Visit（入院外）	From To	(　　days)

Item（項目）	Fee（金額）
1. Consultation（診察費）	
2. Home Visit（往診料）	
3. Hospitalization（入院費）	
4. Operation（手術費）	
5. Radiology（画像診断） ☐X-ray（レントゲン） ☐Ultrasound（超音波） ☐NuclearScan（核医学診断）	
6. Laboratory（検査費）*Please provide details below（検査内容を記入）	
7. Medications（医薬費） *薬品名・投与量を記入 *Please provide the name and dosage for each medication Name Quantity	
8. Anesthesia（麻酔費） ☐Local（局部） ☐Spinal（脊髄） ☐General（全身）	
10. Other (Please specify)その他（項目明記）	
16. Total（合計）	

Currency Unit（通貨単位）

IMPORTANT： Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private/deluxe room.
注意：特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄
Medical Institution Name:(医療機関名)

Address:(住所)

Name of Physician:(担当医名) Title:(称号)

Signature:(署名) Phone:(電話)

Date Completed:(作成年月 日)　　.　　.