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、かつ署名して下さい。
- 3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (homevisit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付この様式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書いて下さい。

Form B 様式B

(13) Anaethetics

Operating Room Charge

The Others (Specify)

(14)

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	\$
3)	Consultation	診		察		費	\$
(7)	Operation	手		術		費	\$
8)	Professional Nursing	職	業	看 護	葉 婦	費	\$
9)	X-Ray Examinations	X	線	検	査	費	\$
(10)	Laboratory Tests **	諸	検	į	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。
(12)	Surgical Dressing	包		帯		費	\$

麻

酔

その他 (特記せよ)

室費

				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
(16) T			計	\$	 Unit is 通貨単位
Importar	: Exclude the amount in	relevant to the tre	atment. i.e	navme	ent for a luxurious room charge.
	: 特別室料等、治療に直接関				
	ad Address of Attending Pl		1 C V 0 1 H //A	(C區)(因	Novige Onlytham Clare
	の名前及び住所	nysician			
Name	Last(姓)	First	(夕)		Title(称号)
	Home(自宅)	First	(41)		Phone(電話)
Audress	Office(病院又は診療所)	Phone			
Date(目作		ignature			
Date			_	ignature	Attending Physician (担当医)
		D - f	T 1	M J.	
		於療録(our Mea	ical record(if applicable)
		衫 旗弧	70番号		
様式B	邦訳				
(10) H	者検査の内訳(検査の 内	J/LI /			
_					
(11) 图	医療費の内訳(薬の名利	、			
(11)					

_		
_		
(15)	特記事項	
_		
_		
_		
_		
_		
	র্থক্য ⇒⊓	±v.
	翻訳	有
	住 〕	
	F.	夕.
		名
	æ. :	= 1.
	電	話