

様式 A

- 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.This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
- 3.One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit.  
各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式1枚が必要です。
- 4.Specify the currency unit used.  
通貨単位をご記入ください。

## 診療内容明細書（医科）

1.Patient's Name ( Surname, Given name ) 患者名		2.Patinet's Date of Birth 生年月日		3.Patient's Sex 性別 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女	
4.Name of Illness or Injury Preferably with Number of International Classification of Diseases (refer to the attached) 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(付録参照)			5.Nature and Condition of Illness or Injury ( in brief ) 症状の概要		
(No. _____ )					
6.Type of treatment <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 give hospitalization days 入院加療の場合の日数 days 日間 治療の種類 From _____ To _____  M:          D:          Y:                    M:          D:          Y:					
<input type="checkbox"/> Out Patient or Home Visit 入院外 Days Required for Diagnosis and Treatment 診療日数 days 日間 From _____ To _____  M:          D:          Y:                    M:          D:          Y:					
7.Was the treatment required as a result of A. patient's employment B. an auto accident C. other accidents 治療は事故の傷害によるものですか。業務上交通事故その他の事故 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
8.Itemized Receipt 領収明細書		Fee 治療費		9.Prescription, operation and any other treatments ( in brief ) 処方、手術その他の処置の概要	
(1) Initial Office Visit 初診料					
(2) Follow-Up Office Visit 再診料					
(3) Home Visit 往診料					
(4) Hospital Visit 入院管理料					
(5) Hospitalization 入院料					
(6) Consultant 指導料					
(7) Injection , Drip 注射・点滴料					
(8) Medicines 医薬料					
(9) Treatment 処置料					
(10) Operation 手術料					
(11) Anaethetics 麻酔料					
(12)Laboratory Tests 諸検査料					
(13) X-Ray Examinations X線検査料					
(14) Others ( Specify ) その他(特記せよ)					
(15) Tax 税金					
Total 合計					
Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment,e.g.payment for luxurious room charge. 注 意 :高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください。					

Signature  
署名

Date  
目付

4 Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance

傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号

5 Nature and Condition of Illness or Injury(in brief)

症状の概要

9 Prescription,operation and any other treatments(in brief)

処方、手術その他の処置の概要

翻訳者記入欄	
氏名	
住所	
電話	