第15号の(11)様式(第21条関係)

Reference Number of your Medical Record(if applicab	-	
診療内容明細書 1 Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male · Female)	Form	
1 Name of Patient(Last, First) Age(Date of Birth) Sex(Male・Female) 患者名		
diseases for the use of National Health Insurance 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 3 Date of First Diagnosis: <u>D / M / Y</u> 初診日 <u>B / 月 / 年</u> 4 Duration of Treatment:days 診療日数 目 5 Type of Treatment 治療の分類 □Hospitalization:From / , to / (days) 入院 <u>B / Y</u> (日間) □Out Patient or Home Visit: (日間) □Out Patient and Any other treatments(in brief) 処方、手術その他の処置の概要 8 Was the treatment required as a result of an accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか。 Yes□ No□ はい いいえ 9 Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician :Form B 治療実費	1	Name of Patient(Last,First) Age(Date of Birth) Sex(Male · Female)
 4 Duration of Treatment:days 診療日数日 5 Type of Treatment 治療の分類 □Hospitalization:From / /, to / (days) 入院 <u>自</u>/至/ (日間) □Out Patient or Home Visit:/ 入院外 6 Nature and Condition of Illness or Injury(in brief) 症状の概要 7 Prescription, Operation and Any other treatments(in brief) 処方、手術その他の処置の概要 8 Was the treatment required as a result of an accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか。 Yes□ No□ はい いいえ 9 Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician :Form B 治療実費 様式B 10 Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所 Name名前 : Last姓 First名 Title 称号 Address住所 : Home自宅 Phone 電話 Office病院又は診療所 Phone 電話 Date日付 :Signature署名	2	diseases for the use of National Health Insurance
 診療日数月 5 Type of Treatment 治療の分類 □Hospitalization:From / , to / (days) 人院 <u>自 / 至 / (</u> 日間) □Out Patient or Home Visit: <u>/ / / / / / / / / / / / / / / / / / /</u>	3	Date of First Diagnosis: <u>D / M / Y</u> / / / / / / / / / / / / / / / / /
 治療の分類 Hospitalization:From / /, to / (days) 入院 <u>自</u> / 至 / (日間) Out Patient or Home Visit: / / / / / / / / / / / / / / / / / / /	4	
症状の概要 7 Prescription, Operation and Any other treatments(in brief) 処方、手術その他の処置の概要 8 Was the treatment required as a result of an accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか。 Yes□ No□ はい いいえ 9 Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B 治療実費 様式B 10 Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所 Name名前 : Last姓 First名 Title 称号 Address住所: Home自宅 Phone 電話 Office病院又は診療所 Phone 電話 Date日付:	5	治療の分類 □Hospitalization: <u>From / / , to / / (</u> days) 入院 <u>自 / / 至 / (</u> 日間) □Out Patient or Home Visit: _ / / / _ /
 処方、手術その他の処置の概要 8 Was the treatment required as a result of an accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか。 Yes□ No□ はい いいえ 9 Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B 治療実費 様式B 10 Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所 Name名前 : Last姓 First名 Title 称号 Address住所: Home自宅 Phone 電話 Office病院又は診療所 Phone 電話 Date日付:	6	
治療は事故の傷害によるものですか。Yes□ No□ はい いいえ 9 Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician :Form B 治療実費 様式B 10 Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所 Name名前 :Last姓 First名 Title 称号 Address住所 : <u>Home自宅 Phone 電話</u> Office病院又は診療所 Phone 電話 Date日付 :	7	
: Form B 治療実費 様式B 10 Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所 Name名前 : <u>Last姓 First名 Title 称号</u> Address住所 : <u>Home自宅 Phone 電話</u> <u>Office病院又は診療所 Phone 電話</u> Date日付 :	8	治療は事故の傷害によるものですか。 Yes□ No□
担当医の名前及び住所 Name名前 : <u>Last姓 First名 Title 称号</u> Address住所 : <u>Home自宅 Phone 電話</u> <u>Office病院又は診療所 Phone 電話</u> Date日付 :Signature署名 Attending Physician担当 Reference Number of your Medical Record(if applicab)	9	:Form B
Address住所: <u>Home自宅 Phone 電話 Office病院又は診療所 Phone 電話</u> Date日付:Signature署名 Attending Physician担当 Reference Number of your Medical Record(if applicab)	10	
		Name名前 : <u>Last姓 First名 Title 称号</u>
Date日付:Signature署名 Attending Physician担当 Reference Number of your Medical Record(if applicab)		
Attending Physician担当 Reference Number of your Medical Record(if applicab		Office病院又は診療所 Phone 電話
Attending Physician担当 Reference Number of your Medical Record(if applicab		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