

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 <input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女
Diagnosis / Symptoms 診断 症状	<input type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠	

Description of Services 診療内容	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Fee 料金
1. Outpatient 外来 Date of Services 受診日 Initial Visit (in this case) 当件の初診日 Subsequent Visit 再診 Total 合計.....Visits 回	6. Inpatient 入院 From.....to..... (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計.....Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 Room, Food, etc 室料・食事療養
2. Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	7. Operation 手術 Fixation 固定 Dressing 洗浄 Other procedure(specify) その他の処置
3. <input type="checkbox"/> Injection 皮下・筋注 <input type="checkbox"/> IV treatment 点滴	8. Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local 局部 <input type="checkbox"/> Spinal 脊髄 <input type="checkbox"/> General 全身
4. Laboratory / Clinical Exam(specify) 検査 <input type="checkbox"/> Urine 尿 <input type="checkbox"/> Blood 血液 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ECG(EKG) 心電図 <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9. Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室
5. Physiotherapy times 理学療法 回	10. Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 <input type="checkbox"/> CT コンピューター断層撮影 <input type="checkbox"/>
		11. Others (specify) その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medical Certificate 診断書

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office
 医師の氏名及び住所又は病院、診療所の名称及び所在地

.....

Date
 日付

Physician's Signature
 医師の署名

.....

.....

Total Fee
 合計

Reference Number of your
 Medical Record (if applicable)
 診療録の番号

.....