

## Request to Attending Physician

## 担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
月ごと、入院・入院外ごとに、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	<input type="checkbox"/> M • <input type="checkbox"/> F 男 女
Date of first Diagnosis 初診日	Days of Diagnosis and Treatment 診療日数	days 日間	

- (1) Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)  
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (この明細書に添付されている表を参照してください。)

\_\_\_\_\_ (No. )

- (2) Type of Treatment 治療の分類

Hospitalization from \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( days )  
入院 入院日 退院日 日間

Out patient or Home Visit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
入院外

- (3) Nature and Condition of Illness or Injury (in detail) 症状の概要(詳しく記載してください)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- (4) Prescription, Operation and any other Treatments (in detail)

処方、手術その他の処置の概要(詳しく記載してください)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- (5) Was the treatment required as a result of an accidental injury? \_\_\_\_\_  Yes  No

治療は事故の傷害によるものですか

- (6) Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B

医療機関又は担当医に支払った医療費の内訳:様式Bに記載してください

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_

Address Home(自宅) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_

Office(病院又は診療所) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Signature of  
日付 \_\_\_\_\_ the Attending Physician  
担当医の署名

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

## 翻 訳

(1) 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

\_\_\_\_\_ (番号 \_\_\_\_\_)

(3) 症状の概要(詳しく記載してください)

---

---

---

---

---

---

---

---

(4) 処方、手術その他の処置の概要(詳しく記載してください)

---

---

---

---

---

---

---

---

(翻訳者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt

領収明細書

		Unit is (通貨単位)	_____
(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 費	\$	_____
(5) Hospitalization	入 院 費	\$	_____
(6) Consultation	診 察 費	\$	_____
(7) Operation	手 術 費	\$	_____
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 師 費	\$	_____
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	\$	_____
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査 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 品

\*\*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	\$	_____
(13) Anesthetics	麻 酔 費	\$	_____
(14) Operating room Charge	手 術 室 費 用	\$	_____
(15) The Others (Specify)	そ の 他 (特記事項)	\$	_____

_____	\$
_____	\$
_____	\$

(16) Total 合 計 \$ \_\_\_\_\_

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.  
注意:特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_

Address Home(自宅) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_

Office(病院又は診療所) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature of the Attending Physician \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_ 担当医の署名

Reference Number of your Medical Record ( if applicable ) \_\_\_\_\_

診療録の番号

# 翻 訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

---

---

---

---

(11) 医薬品の内訳(薬の名称、量)

---

---

---

---

(15) 特記事項

---

---

---

---

(翻訳者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 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。
- 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。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

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
Date of first Diagnosis 初診日	Days of Diagnosis and Treatment 診療日数			

Permanent Tooth 永久歯 (Tooth Number 歯式)	Identify examined teeth. 該当する部位を○で囲み病名をつけてください。																																		
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">R</td> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td rowspan="2">L</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	(C) Cavity 虫歯 (F) missing teeth 欠歯 (G) stomatitis 口内炎 (P) Phrrhes alveolaris 歯槽膿漏 (Z) extraction needed 要抜歯
R		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		L																
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																			

Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Services 診療内容	Tooth No. 歯式	Fee 料金
(1) Examination 診療			Comp.複合レジン 1.Serf		
(2) X-ray レントゲン診断			2.Serf		
Bite-wings 咬翼型 ×			3.Serf		
Periapical 標準型 ×			Other (Material)※		
Panoramic パノラマ ×			その他		
Models スタディモデル			(9) Inlay / Onlay (Material)※		
(3) Medication 投薬			インレー / アンレー		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			(10) Amal./Comp.Build-up		
(4) Prophylaxies / Scaling			アマルガム・複合レジンによる支台築造		
歯垢 歯垢除去			Post c Core		
Fluoride フッ化物塗布			Other (Material)※		
(5) Extraction 抜歯			その他		
(6) Perio-dontal Scaking			(11) Crown 冠		
/Root planing			Porcelain / Gold ポーレセン/金		
歯肉下歯石除去・根面平滑化			Silver alloy 銀合金		
Gingival Curettage			Other (Material)※		
盲嚢搔爬			その他		
(7) Pulp Cap 歯髄覆			(12) Bridge Work ブリッジ		
Pulpotomy 歯髄切断・抜髄			Abut (Material)※		
Root Canal Therapy			支台歯		
根管治療 1canal 根管			Pontic (Material)※		
2canal			ダミー		
3canal			(13) Plate Denture (Material)※		
(8) Filling 充填			有床義歯		
Amal. アマルガム 1.Serf 面			(14) Other (Material)※		
2.Serf			その他		
3.Serf					

Unit is (通貨単位) Total Fee (合計)

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name Last(姓) First(名) Title(称号)

Address Home(自宅) Phone(電話)

Office(病院又は診療所) Phone(電話)

Date . . . Signature of the Attending Physician 担当医の署名

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

(8)~(14)で※がついている項目に医師の記入がある場合は必ず翻訳してください。

# 翻 訳

※ (8) 充填・その他

---

※ (9) インレー/アンレー

---

※ (10) 支台築造・その他

---

※ (11) 冠・その他

---

※ (12) ブリッジ

---

※ (13) 有床義歯

---

※ (14) その他

---

(翻訳者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

# Table of International Classification of Diseases for the use of National Health Insurance

## 健康保険用国際疾病分類表

<b>I</b>	<b>Certain infectious and parasitic diseases</b> 感染症及び寄生虫症	0208	Malignant lymphoma 悪性リンパ腫
0101	Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0209	Leukemia 白血病
0102	Tuberculosis 結核	0210	Other malignant neoplasms その他の悪性新生物
0103	Infections with a predominantly sexual mode of transmission 主として性的伝播様式をとる感染症	0211	Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物
0104	Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	<b>III</b>	<b>Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism</b> 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0105	Viral hepatitis ウイルス肝炎	0301	Anemia 貧血
0106	Other viral diseases その他のウイルス疾患	0302	Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0107	Mycoses 真菌症	<b>IV</b>	<b>Endocrine, nutritional and metabolic disorders</b> 内分泌、栄養及び代謝疾患
0108	Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0109	Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症	0402	Diabetes mellitus 糖尿病
<b>II</b>	<b>Neoplasms</b> 新生物	0403	Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0201	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	<b>V</b>	<b>Mental and behavioural disorders</b> 精神及び行動の障害
0202	Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0501	Vascular dementia and unspecified dementia 血管性及び詳細不明の認知症
0203	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	0502	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0503	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
0205	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	0504	Mood [affective] disorders 気分[感情]障害（躁うつ病を含む）
0206	Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	0505	Neurotic, stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0506	Mental retardation 知的障害（精神遅滞）

0507 Other psychoses and disorders of action  
その他の精神及び行動の障害

VI Diseases of the nervous system  
神経系の疾患

0601 Parkinson's disease  
パーキンソン病

0602 Alzheimer's disease  
アルツハイマー病

0603 Epilepsy  
てんかん

0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes  
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群

0605 Disorders of autonomic nervous system  
自律神経系の障害

0606 Others  
その他の神経系の疾患

VII Diseases of the eye and adnexa  
眼及び付属器の疾患

0701 Conjunctivitis  
結膜炎

0702 Cataract  
白内障

0703 Disorders of refraction and accommodation  
屈折及び調節の障害

0704 Other diseases of the eye and adnexa  
その他の眼及び付属器の疾患

VIII Diseases of the ear and mastoid process  
耳及び乳様突起の疾患

0801 Otitis externa  
外耳炎

0802 Other disorders of external ear  
その他の外耳疾患

0803 Otitis media  
中耳炎

0804 Other diseases of middle ear and mastoid  
その他の中耳及び乳様突起の疾患

0805 Disorders of vestibular function  
メニエール病

0806 Other diseases of inner ear  
その他の内耳疾患

0807 Other disorders of ear  
その他の耳疾患

IX Diseases of the circulatory system  
循環器系の疾患

0901 Hypertensive diseases  
高血圧性疾患

0902 Ischaemic heart diseases  
虚血性心疾患

0903 Other forms of heart disease  
その他の心疾患

0904 Subarachnoid haemorrhage  
くも膜下出血

0905 Intracerebral haemorrhage  
脳内出血

0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries  
脳梗塞

0907 Cerebral atherosclerosis  
脳動脈硬化（症）

0908 Other cerebrovascular diseases  
その他の脳血管疾患

0909 Atherosclerosis  
動脈硬化（症）

0910 Hemorrhoids  
痔核

0911 Hypotension  
低血圧症

0912 Other disorders of circulatory system  
その他の循環器系の疾患

X Diseases of the respiratory system  
呼吸器系の疾患

1001 Acute nasopharyngitis [common cold]  
急性鼻咽頭炎 [かぜ]

1002 Acute pharyngitis and tonsillitis  
急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎

1003 Other acute upper respiratory infections  
その他の急性上気道感染症

1004 Pneumonia  
肺炎

1005 Acute bronchitis and bronchiolitis  
急性気管支炎及び急性細気管支炎



1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎	X II	Diseases of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の疾患
1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎	1201	Infections of the skin and subcutaneous tissue 皮膚及び皮下組織の感染症
1008	Bronchitis, not specified as acute or chronic 急性又は慢性と明示されない気管支炎	1202	Dermatitis and eczema 皮膚炎及び湿疹
1009	Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患	1203	Others その他の皮膚及び皮下組織の疾患
1010	Asthma 喘息	X III	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue 筋骨格系及び結合組織の疾患
1011	Other diseases of the respiratory system その他の呼吸器系の疾患	1301	Inflammatory polyarthropathies 炎症性多発性関節障害
X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患	1302	Arthrosis 関節症
1101	Dental caries う蝕	1303	Spondylopathies 脊椎障害（脊椎症を含む）
1102	Gingivitis and periodontal disease 歯肉炎及び歯周疾患	1304	Intervertebral disc disorders 椎間板障害
1103	Other diseases of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害	1305	Cervicobrachial syndrome 頸腕症候群
1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	1306	Low back pain and sciatica 腰痛症及び挫骨神経痛
1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎	1307	Other dorsopathies その他の脊柱障害
1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患	1308	Shoulder lesions 肩の障害（損傷）
1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎（アルコール性のものを除く）	1309	Disorders of bone density and structure 骨の密度及び構造の障害
1108	Liver cirrhosis 肝硬変（アルコール性のものを除く）	1310	Others diseases of skeletal muscles and connective tissues その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
1109	Other diseases of liver その他の肝疾患	X IV	Diseases of the Genitourinary system 腎尿路生殖器系の疾患
1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎	1401	Glomerular diseases 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
1111	Diseases of pancreas 膵疾患	1402	Renal failure 腎不全
1112	Other diseases of the digestive system その他の消化器系の疾患	1403	Urolithiasis 尿路結石症

1404	Other diseases of urinary system その他の腎尿路系の疾患	1800	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
1405	Hyperplasia of prostate 前立腺肥大（症）	X IX	Injury, poisoning and certain other onsequences of external causes 損傷、中毒及びその他の外因の影響
1406	Other diseases of male genital organs その他の男性生殖器の疾患	1901	Fracture 骨折
1407	Menopausal and postmenopausal disorders 月経障害及び閉経周辺期障害	1902	Intracranial injury and injury to organs 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1408	Other disorders of breast and female genital organs 乳房及びその他の女性生殖器の疾患	1903	Burns and corrosions 熱傷及び腐食
X V	Pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠、分娩及び産じょく	1904	Poisoning 中毒
1501	Abortion 流産	1905	Others その他
1502	Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium 妊娠中毒症	X X	Code for special purposes 特殊目的用コード
1503	Single spontaneous delivery * 単胎自然分娩	2210	SARS 重症急性呼吸器症候群
*Important : No.1503 with asterisk is not covered by the National Health Insurance. 1503番は国民健康保険は適用されません。		2220	Others その他
1504	Others その他の妊娠、分娩及び産じょく		
X VI	Certain conditions originating in the perinatal period 周産期に発生した病態		
1601	Disorders related to pregnancy and fetal growth 妊娠及び胎児発育に関連する障害		
1602	Others その他の周産期に発生した病態		
X VII	Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities 先天奇形、変形及び染色体異常		
1701	Congenital anomalies of heart 心臓の先天奇形		
1702	Others その他の先天奇形、変形及び染色体異常		
X VIII	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの		

