

診療内容及び領収明細書

診療年月

年 月

入院・外来

患者名	フリガナ																														
	男・女 生年月日 年 月 日 年齢 歳																														
初診日										診療実日数																					
診療日										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																					
傷病は第三者行為によるものですか		はい		第三者の																											
		いいえ		氏名・住所																											

			傷病名および国民健康保険用国際疾病分類番号		
(1)	初診料	\$		No.	
(2)	再診料	\$		(
(3)	往診料	\$		No.	
(4)	入院管理料	\$		(
(5)	入院費	\$		No.	
(6)	診察費	\$		(
(7)	手術費	\$		No.	
(8)	X線検査費	\$		(
(9)	医薬費	\$			
(10)	麻酔費	\$		症状の概要	
(11)	手術室費用	\$			
(12)	検査費	\$			
(13)	その他(項目明記)				
	()	\$			
	()	\$			
	()	\$			
	()	\$			
	合計	\$			

担当医の名前、住所

名前 : _____

住所 : 自宅 _____ 電話 _____

 病院 _____ 電話 _____

記入日 年 月 日 翻訳者署名 _____

処方、手術その他の処置の概要