

This form is used for claiming the health insurance benefit  
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

診療内容明細書

三菱ケミカル健康保険組合

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 Service 診療内容	Fee 料金	Description of Service 診療内容	Fee 料金
1. Date of Service 受診日  Initial visit (in this case) 当件の初診  Subsequent visit 再診  Total 合計 _____ visits 回		6. Hospitalization 入院診療  Admission 入院  Discharge 退院  Total 合計 _____ days 日	
2. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬  Pharmacy 薬剤 _____		7. Operation 手術 Fixation 固定 _____ Dressing 包交 _____	
3. <input type="checkbox"/> Injaction <input type="checkbox"/> IV treatment 皮下・筋注 点滴・静注 _____		8. Anesthesia 麻酔  <input type="checkbox"/> Local 局部 <input type="checkbox"/> Spinal 脊椎 <input type="checkbox"/> General 全身 _____	
4. Laboratory (Specily)  <input type="checkbox"/> Urine 尿 _____ <input type="checkbox"/> Blood 血液 _____ <input type="checkbox"/> _____		9. Operation/Emergency room 手術室 緊急治療室 _____	
5. Physiotherapy 理学療法 _____ times 回 _____		10. Radiology 画像診断 X-ray _____	
		11. Others その他 _____	
		Total Fee 合計	

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

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

Date  
日付 \_\_\_\_\_ Physician's Signature  
医師の署名 \_\_\_\_\_