

翻訳者の住所・氏名

様式 A の翻訳文

診療内容明細書

1. 患者名 _____ 年令(生年月日) _____

性別 (男・女)

2. 傷病名

3. 初診日 平成・令和 年 月 日

4. 診療日数 日間

5. 治療の分類

入院 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
(日間)

入院外 日 日 日 日 日 日
(診療日)

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. 治療実費 → 様式 B

10. 担当医の名前及び住所

名前： 姓 _____ 名 _____

住所： 自宅 _____ TEL _____

病院又は診療所 _____ TEL _____

日付 平成・令和 年 月 日

領 収 明 細 書

- | | | |
|------|-------------|-------|
| (1) | 初 診 料 | _____ |
| (2) | 再 診 料 | _____ |
| (3) | 往 診 料 | _____ |
| (4) | 入 院 管 理 料 | _____ |
| (5) | 入 院 費 | _____ |
| (6) | 診 察 費 | _____ |
| (7) | 手 術 費 | _____ |
| (8) | 職 業 看 護 婦 費 | _____ |
| (9) | X 線 検 査 費 | _____ |
| (10) | 諸 検 査 費 | _____ |
| (11) | 医 薬 費 | _____ |
| (12) | 包 帯 費 | _____ |
| (13) | 麻 酔 費 | _____ |
| (14) | 手 術 費 用 | _____ |
| (15) | その他(特記せよ) | _____ |
| | | _____ |
| (16) | 合 計 | _____ |

担当医又は病院事務長の名前及び住所

名前 姓 _____ 名 _____

住所 自宅 _____ TEL _____

病院又は診療所 _____ TEL _____

日付 平成・令和 年 月 日