

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

Name of Patient 患者名	Taro Kenpo	Date of Birth 生年月日	6/5/1980	Sex 性別	<input checked="" type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女
Diagnosis/Symptoms 診断 症状	nasopharyngitis				
<input checked="" 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	1 DAY	6. Hospitalization 入院診療	
Initial visit (in this case) 当件の初診		Admission 入院	_____
Subsequent visit 再診	_____	Discharge 退院	_____
Total 合計	_____ visits 回	Total 合計	_____ days 日
2. Medication 投薬	<input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	7. Operation 手術	_____
Pharmacy 薬剤		Fixation 固定	_____
3. <input type="checkbox"/> Injaction 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> IV treatment 点滴・静注	Dressing 包交	_____
		8. Aneathesia 麻酔	
		<input type="checkbox"/> Local 局部	<input type="checkbox"/> Spinal 脊椎
		<input type="checkbox"/> Ganeral 全身	_____
4. Laboratory (Spacily) 検査		9. Operation/Emergency room 手術室 緊急治療室	_____
<input type="checkbox"/> Urine 尿	_____	10. Radiology 画像診断	
<input type="checkbox"/> Blood 血液	_____	<input type="checkbox"/> X-ray	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> レントゲン診断	_____
5. Physiotherapy 理学療法	_____ times 回	11. Others その他	_____
			Total Fee 合計 \$ 500.00 AUS

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

Dr.Parker Town Hall Clinic

Level 1, 123 York St Sydney NSW

Reference Number of your  
Medical Record (if applicable)Date  
日付 7/5/2012 Physician's Signature  
医師の署名

Parker

診療録の番号