

【記入例】

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<br>患者名 Taro Kenpo | Date of Birth<br>生年月日 6/5/2005  | Sex<br>性別 <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F<br>男 女 |
| Diagnosis/Symptoms<br>診断 症状       | <input checked="" type="checkbox"/> Sick 疾病<br><input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療<br><input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠 |   |

| Description of Service<br>診療内容   | Fee<br>料金 | Description of Service<br>診療内容   | Fee<br>料金    |
|--|-----------|--|--------------|
| 1. Date of Service<br>受診日 1Day<br>Initial visit (in this case)<br>当件の初診<br>Subsequent visit<br>再診<br>Total 合計 _____ visits 回                         |           | 6. Hospitalization<br>入院診療<br>Admission<br>入院 _____<br>Discharge<br>退院 _____<br>Total 合計 _____ days 日                              |              |
| 2. Medication<br>投薬 <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no<br>Pharmacy<br>薬剤  |           | 7. Operation<br>手術 _____<br>Fixation<br>固定 _____<br>Dressing<br>包交 _____   |              |
| 3. <input type="checkbox"/> Injection<br>皮下・筋注 <input type="checkbox"/> IV treatment<br>点滴・静注 _____  |           | 8. Anesthesia 麻酔<br><input type="checkbox"/> Local 局所 <input type="checkbox"/> Spinal 脊椎 <input type="checkbox"/> General 全身 _____ |              |
| 4. Laboratory (Spacily)<br>検査<br><input type="checkbox"/> Urine 尿 _____<br><input type="checkbox"/> Blood 血液 _____<br><input type="checkbox"/> _____ |           | 9. Operation/Emergency room<br>手術室 緊急治療室 _____   |              |
| 5. Physiotherapy<br>理学療法 _____ times 回 _____   |           | 10. Radiology 画像診断<br><input type="checkbox"/> X-ray _____<br><input type="checkbox"/> レントゲン診断 _____                               |              |
|  |           | 11. Others<br>その他 _____  |              |
|  |           | Total Fee<br>合計  | \$ 500.00AUS |

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

Date 7/5/2024 Physician's Signature  
日付 7/5/2024 医師の署名 .Parker

Reference Number of your  
Medical Record (if applicable)

診療録の番号