

I t e m i z e d R e c e i p t
領 収 内 容 明 細 書

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	\$ _____
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再診料	\$ _____
(3) Fee for Home Visit	往診料	\$ _____
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理料	\$ _____
(5) Hospitalization	入院費	\$ _____
(6) Consultation	診察料	\$ _____
(7) Operation	手術費	\$ _____
(8) X-ray Examination	X線検査費	\$ _____
(9) Laboratory Tests	諸検査費	\$ _____
(10) Medication	医薬費	\$ _____
(11) Anesthetics	麻酔費	\$ _____
(12) Operating room charge	手術室費用	\$ _____
(13) Others (specify)	その他(項目明記)	\$ _____
(14) Total	合計	\$ _____

Unit is _____

貨幣単位

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment in payment for a luxurious room charge.

注意 高級室料等治療に直接関係のないものは、除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前および住所

Name 名前: Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付: _____ **Signature** 署名 _____

通訳者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____