Medical Fee Statement / Receipt

医療費明細および領収書(英語)

Name (Mr/Ms)	_		(No.)
Department: Intern 診療科	nal Medicine 内科	Surgery C 外科	Orthopedics 整形外科	Plastic Sur 形成外科	gery Neurc . 脳	surgery 神経外科
Pediat 小児		iatry Neurolo 科 神経内	ogy Obste 科	etrics & Gyne 産婦人科	cology Der	matology 皮膚科
Uroloo 泌尿器	y Ophthalr 科 眼	mology Otola 科 耳	aryngology 鼻咽喉科	Physical Th リハビリテ・	nerapy -ション科	
Pain N 麻酔	Management 科	Dentistry (歯科	Orthodontics 矯正歯科	s Others(その他		
Date of Consultation	(受診日)	<u>Y(年)</u>	/M(月)	/D(目)	
Date of Hospitalizatio	n(入院日)					
<u>Y(年)</u> /M(月	∃) /	/D(日)	Y(年	F)	/M(月)	/D(日)
		Patient's owr coverage 自己負担分	Insurar	nce coverage 険負担分	Total 合計	
First consultation fee	初診料					
Follow-up consultatior	nfee 再診料					
First consultation fee						
for the elderly 老人初診料 Follow-up consultation fee						
•	人再診料					
Charge on follow-up c by phone 電	consultation 話再診料					
Medication 投藥						
Injection 注身						
-	<u></u>					
	泉料					
Treatment/Operation						
Physical therapy	理学療法料					
	: の他					
Hospitalization み						
Hospital meals 入院	計食事療養費					
Childbirth 5	· 分娩料					
Special rooms	特別室料			-		
Documents 文	書料			-		
Others (at own exper そ	nse) の他(自費)			-		
Total ·	合計					