

Itemized receipt
領 収 明 細 書

(1)	Free 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	診察費	\$ _____	
(7)	Operation	手術費	\$ _____	
(8)	X-ray examination	X線検査費	\$ _____	
(9)	Medication	医薬費	\$ _____	
(10)	Anesthetics	麻酔費	\$ _____	
(11)	Operating room change	手術室費用	\$ _____	
(12)	Others(specify)	その他(項目明記)	\$ _____	
(13)	Total	合 計	\$ _____	\$ _____
			\$ _____	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.

注意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください。

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

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name

名前

: Last First Title _____

姓

名

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

邦訳

(12) その他 (項目明記)

翻訳者

名前

住所

電話