

Form B
様式 B

Itemized receipt
領 収 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 charge	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 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
名前

Address : Home 自宅 _____ phone 電話 _____
住所

Office 病院又は診療所 _____ phone 電話 _____

Date : _____ Signature _____
日付 署名 Attending Physician (担当医)