

Medical Certificate of Payment

患者氏名 _____ 性別 Sex F M
Patient's name

生年月日 _____
Date of Birth D M Y

診断
Diagnosis (1) _____

(2) _____

(3) _____

Date	診療内容 Item/Treatment	診察料 Payment
	合計 Total Amount	¥

発行年月日
Date issued D M Y

病院名
Hospital/Clinic Name _____

受診科
Department _____

医師氏名
Name of Medical Doctor _____

所在地
Address _____

Tel _____

Fax _____

診療内容記載例

診察 Consultation

投薬 Medication

※（院外処方分も記載できるとよい）

検査 Examinations

入院料 Hospital charge

画像診断 Diagnostic imaging

注射 Injections

リハビリテーション Rehabilitation

精神科専門療法 Specialized psychiatric treatment

手術 Surgery

輸血 Blood transfusion

麻酔 Anesthesia

放射線治療 Radiotherapy

病理診断 Pathological diagnosis

歯冠修復・欠損補てん Dental crown restoration/Prosthodontics

処方箋 Prescriptions

文書料 Documentation

分娩料 Delivery fee

予防接種 Vaccination

その他の処置 Other procedures

雑費 Miscellaneous expenses