

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)	Professional Nursing	職 業 看 護 婦 費	\$		
(9)	X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	\$		
(10)	Laboratory Tests	諸 検 査 費	\$		
(11)	Medicines	医 薬 費	\$		
(12)	Surgical Dressing	包 帯 費	\$		
(13)	Anesthetics	麻 酔 費	\$		
(14)	Operating Room Charge	手 術 室 費 用	\$		
(15)	The Others (Specify)	その他(特記せよ)	\$	\$	
(16)	Total	合 計	\$	\$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for 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及び住所

Name : Last First Title

名前 姓 名

Address : Home 自宅 Phone

住所 Office 病院又は診療所 Phone

Date Signature

日付 署名