

翻 訳

1. 患者名 _____

2. 傷病名 _____

3. 初診日 _____年 _____月 _____日

4. 診療実日数 _____日間

5. 治療の分類 入院 外来

治療期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

診療日 _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

6. 症状の概要

医科 : 投薬 処置 検査 レントゲン 手術 その他(_____)

歯科 : 抜歯 充填 冠 ブリッジ レントゲン その他(_____)

	上歯左	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	上歯右	
治療箇所	R											L								
	下歯左	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	下歯右	

歯科治療材料(具体的に記入)

7. 診療内容(具体的に記入)

8. 治療は事故の傷害によるものですか? はい いいえ

9. 治療実費 現地通貨 _____ 日本円換算 _____ 円
(現地通貨 × 支払時レート)

10. 支払時レート _____ = _____ 円

11. 翻訳者の住所 _____
氏名 _____