|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | （その１）～（その５）を一緒に提出して下さい |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | （その１） |
|  |
|  |
|  |  |
|  |
| 　　**海 外 療 養 費 支 給 申 請 書**（第　　　回目）（注意事項）　　輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。　　この申請書には診療内容明細書と、「領収書」を添付して下さい。 |
| 被保険者証の記号・番号 | 　　　　　　　　　　　　 | 被保険者が勤務する(していた)事業所の被保険者被扶養者 | 名　称 | 　電話　 |
| 　　　　　　　　　　 | 所在地 | 〒 |
| 傷病名 | 　 | 発病又は負傷の年月日 | 　年　　月　　日 |
| 発病又は負傷の原因 |  |
| 傷病の経過 | 　 |
| 診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名 | 名称 | 　 | 所在地及び電話番号 | 〒　 |
| 氏名 | 　 |
| 診療又は手当を受けた期間 | 入院期間ｺﾙｾｯﾄ装着日 | 自　　　　年　　　月　　　日至　　　　年　　　月　　　日　　　　　年　　　月　　　日 |
| 診療又は手当を受けた期間 | 自　　　　　　　年　　月　　日至　　　　　　　年　　月　　日 | 　日間 | 診療又は手当に要した費用の額 | 金　　　　円也 |
| 診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨 | 　 |
| 療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることのできなかった理由 | 　 |
| 第三者の行為による負傷であるとき | その事実と届出の有無 | 　 | 加害者の氏名 | 　 |
| 加害者の住所 | 〒　　 |
| 被扶養者に関する申請のとき | 氏　　名 | 　 | 生年月日 | 昭平令 | 　年　　　月　　　日 | 被保険者との続柄 | 　 |
| 　　上記のとおり申請します。　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　 |
| 被保険者の三菱地所健康保険組合理事長　殿 | 住所　　氏名　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |

（その２）

**領 収 （ 診 療 ） 明 細 書**

（　　月　　日から　　月　　日までの分）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者名3. 2. 1. |  | 職務上の事由 | 職務上・下船後３月以内・通勤災害 | 傷病名 |  | （注意事項）　　　すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。　　　歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。　　　輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を　　　交付してください。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。 |
| 初診 | 時間外休　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円深　夜 | 注 射 | 皮下筋肉内・静脈内　　　　　　　回その他　　　　　　　　　　　　　回 |
| 再診 | 再　診時間外休　日深　夜 | 検　査 | 　　　　　　　　　　　　　回　　　　　　　　　　　　　回　　　　　　　　　　　　　回薬　剤　　　　　　　　　　回 |
| 往診 | 普通　　　　　　　　　　　　　　　　回夜間　　　　　　　　　　　　　　　　回深夜・暴風雨雪・難路　　　　　　　　回 | レント | 　　　　　　　　　回　　　　　　　　　回　　　　　　　　　回 |
| 指導 |  | 処置及び手術 | 　　　　　　　　　回　　　　　　　　　回　　　　　　　　　回　　　　　　　　　回薬　剤　　　　　　回 |
| 投薬 | 内　服　　　　　　　　　　　　　　単位屯　服　　　　　　　　　　　　　　単位外　用　　　　　　　　　　　　　　単位調　剤　　　　　　　　　　　　　　単位調　基　　　　　　　　　　　　　　　回 |
| 入院 | １月未満　　　　　　　日間（　　　日～　　　日）１月～３月未満　　　　日間（　　　日～　　　日）３月以上　　　　　　　日間（　　　日～　　　日）給食の有無 | その他 | 　　　　　　　　　　　　　回 |
| 合計 |  |
| 　　上記のとおり領収（診療）いたしました。　　　　　　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 医　　師 | 住所 | 〒 |
| 氏名 |
|  |
| 委　任　状 | 　　私は　　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任する。　　　　　　年　　　月　　　日請求した　　　　　療養費のうち被保険者被扶養者　　金　　　　　　　　　円也の受領に間すること。　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 被保険者の | 　　〒　 |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代理人の | 　　〒 |
| 住所 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（その３）

|  |  |
| --- | --- |
| Form Aoutpatient andhome visit様式 A | 1. This form is used for claiming the social insurance benefit.

　　　この様式は、社会保険の給付の申請に使用されます。1. This form should be completed and signed by the attending physician

　　　この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。３．One form for each month, one form for hospitalization /　　　各月毎、入院・入院外毎に付この様式が１枚必要です。 |

**Attending Physician’s Statement**

**診療内容明細書**

１．Name of patient(Last,First) 　 Age(Date of Birth) 　　 Sex(Male・Female)

患　者　名　　　　　　　　　　　　　　　　　年令（生年月日）　　　　　　　　　　　性別（男・女）

1. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for

the use of Social Insurance (See the other side of this form)

傷病名及び社会保険表彰用国際疾病分類番号（裏面参照）

３．Date of First Diagnosis :　　　　　　　　, 20

　　　初　診　日

４．Days of Diagnosis and Treatment : days

　　　診 療 日 数

５．Type of Treatment

　　　治療の分類

　□ Hospitalization : From , 20 to 20 ( days)

　　　入　　　院　　　　　　自　　　　　　　　　　　　　　　至　　　　　　　　　　　　　 ( 日間)

　□ Out patient or Home Visit : , 20 , 20

入　院　外　　　　　　　 , 20 , 20

６．Nature and Condition of Illness or Injury ( in brief)

　　　症状の概要

７．Prescription, operation and any other treatments (in brief)

　　　処方、手術その他の処置の概要

８．Was the treatment required as a result of an accidental injury ? Yes□ No□

　　　治療は事故の障害によるものですか。　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　　　　　いいえ

９．Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending physician : Form B

　　　治 療 実 費　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 様式 B

１０．Name and Address of Attending Physician

　　　担当医の名前及び住所

 Name 名前 : Last 姓　　　　　　　　　　　　　　　　First 名

 Address 住所 : Home 自宅 Phone

 Office 病院又は診療所 Phone

 Date 日付 Signature 署名

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

 診療録の番号

(その４)

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT

歯科診療内容明細書

Name of Patient　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Date of Birth　　　　　　　　　　　　　Sex　□M　□F

　　　患者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　　　　性別　男　女

Initial Office Visit　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Days of Services　　　　　　　　　days

　　　初診日　　　　　　　　　　　　　.20　　　　　　　　　　　　　　診療日数

|  |
| --- |
| Tooth Number　歯式 |
| R. | Permanent Tooth　永久歯 | 治療した歯に〇をつけて下さい | Milky Tooth　乳歯 |
| #1 | #2 | #3 | #4 | #5 | #6 | #7 | #8 | #9 | #10 | #11 | #12 | #13 | #14 | #15 | #16 | L. | R. | #A | #B | #C | #D | #E | #F | #G | #H | #I | #J | L. |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | E | D | C | B | A | A | B | C | D | E |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | E | D | C | B | A | A | B | C | D | E |
| #32 | #31 | #30 | #29 | #28 | #27 | #26 | #25 | #24 | #23 | #22 | #21 | #20 | #19 | #18 | #17 | #T | #S | #R | #Q | #P | #O | #N | #M | #L | #K |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　Services | Tooth No.　　　Fee　 | 　　Services　　診療内容 | Tooth No.歯式 | Fee料金 |
| 　　診療内容 | 歯式 | 料金　 |
| 1．Examination　　　診察 |  | 　　　　　　 | 8．Filling Amal.　　　1serf. | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 　　充填　アマル　　　2serf. | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 2．X-ray | Bite-wings　　× | 　　　　　　 | 　　　　　　 | 　　　　　ガム　　　　3serf. | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 　 レントゲン診断 | 咬翼型 | 　　　　　Comp.　　　 1serf. | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 　　　　　複合　　　　2serf. | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| Periapical　　×標準型 | 　　　　　　 | 　　　　　　 | 　　　　　レジン　　　3serf. | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 　　　　　　　　　　　　面 |
| 9．Inlay / Onlay |
| Panoramic　　 × |  | 　　　　　　 | 　インレー・アンレー | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| パノラマ |  |  | 　　　Material　材料　　　　　　　　　　　　　　 |
| 3．Medication |  |
| 　　　投薬　　　□Gargle　　□Antibiotic　　□Antalgic | 10．Amal. / Comp. Build-up | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 　　　　　　　　　うがい薬　　　抗生剤　　　　鎮痛剤 | 　　アマルガム・複合レジンによる支台築造 |
| 　Other(specify) |  | 　　　　　　 | Post Core | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 　その他(内容を明記)　　　　　　　　　　 | メタルコア |
| 4．Prophylaxies/Scaling |  |  | 11．Crown |
| 　　　歯垢　←歯石除去 | 　　　　　　 | 　　　　　　 | 　　冠　　　　　Material　材料 |
| 　Fluoride　フッ化物塗布 | 　　　　　　 | 　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 5．Extraction　　　抜歯 | 　　　　　　 | 　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 6．Periodontal Scaling / Root planing | 12．Bridge Work　　　　Abut | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 　歯肉下歯右除去・根面平滑化 | 　　　　　　 | 　　　　　　 | 　　ブリッジ　　　　　 支台歯 |
| 　Gingival Curettage | 　　　　　　 | 　　　　　　 | 　　Material　材料 | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 　　　歯肉掻爬 |  |
|  |  |  | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 7．Pulp Cap | 　　　　　　 | 　　　　　　 | Pontic　　 | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 　歯髄覆罩 |  |  | ダミー　　 | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 　Pulpotomy | 　　　　　　 | 　　　　　　 |  |
| 　歯髄切断・抜髄 |  |  | 13．Plate Denture | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
|  |  |  | 　有床義歯 |
| 　Root Canal Therapy | 　　　　　　 | 　　　　　　 | 　　　　　　Material　　材料　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　根管治療 | 14．Other(specify) |
| 1Canal　 | 　　　　　　 | 　　　　　　 | 　その他　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
| 2Canal　 | 　　　　　　 | 　　　　　　 | 　(材料・内容を明記) |
| 3Canal　根管　  | 　　　　　　 | 　　　　　　 |
|  | Total Fee　　合計 |

Name and Address of Dentist / Office

歯科医師の氏名及び住所又は歯科医師の名称及び所在地

Date　　　　　　　　　　　　Dentist Signature

　日付　　　　　　　　　　　歯科医師の署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(JK20070101)

（その５）

|  |  |
| --- | --- |
| 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) | Professional Nursing | 職業看護師費 | $  |  |
| (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

|  |
| --- |
| **社会保険表章用国際疾病分類表**Table of International Classification of Diseases for the use of social Insurance |
| Ⅰ　感染症及び寄生虫症　　Certain infectious and parasitic diseases0101　腸管感染症　Intestinal infectious diseases0102　結　核　Tuberculosis0103　主として性的伝播様式をとる感染症　　 Infections with a Predominantly sexual mode of transmission0104　皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患　　　Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions0105　ウイルス肝炎　Viral hepatitis0106　その他のウイルス疾患　other viral diseases0107　真菌症　Mycoses0108　感染症及び寄生虫の続発・後遺症　　　Sequelae of infectious and parasitic diseases0109　その他の感染症及び寄生虫症Ⅱ　新生物　Neoplasms0201　胃の悪性新生物　Malignant neoplasm of stomach0202　結腸の悪性新生物　Malignant neoplasm of colon0203　直腸Ｓ状結腸移行部及び直腸の悪性新生物　　　Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum0204　肝炎及び肝内胆管の悪性新生物　　　Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts0205　気管、気管支及び肺の悪性新生物　　　Malignant neoplasm of trachea,bronchus and lung0206　乳房の悪性新生物　Malignant neoplasm of breast0207　子宮の悪性新生物　Malignant neoplasm of uterus0208　悪性リンパ腫　malignant Lymphoma0209　白血病　Leukaemia0210　その他の悪性新生物　Other Malignant neoplasms0211　良性新生物及びその他の新生物　　　Other benign neoplasms and other neoplasmsⅢ　血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害　　Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism0301　貧　血　Anaemias0302　その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害　　　Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanismⅣ　内分泌、栄養及び代謝疾患　　Endocrine, nutritional and metabolic diseases0401　甲状腺障害　Disorders of thyroid gland0402　糖尿病　Diabetes mellitus0403　その他の内分泌、栄養及び代謝疾患　　　Other diseases of endocrine, nutrition and metabolismⅤ　精神及び行動の傷害　　Mental and behavioural disorders0501　血管性及び詳細不明の痴呆　　　Vascular dementia and Unspecified dementia | 0502　精神作用物質使用による精神及び行動の傷害　　　Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use0503　精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害　　　Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders0504　気分（感情）障害（躁うつ病を含む）　Mood[affective] disorders0505　神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害　　　Neurotic, stress-related and somatoform disorders0506　精神遅滞　Mental retardation0507　その他の精神及び行動の障害　　　Other psychoses and disorders of actionⅥ　神経系の患者　Diseases of the nervous system0601　パーキンソン病　Parkinson’s disease0602　アルツハイマー病　Alzheimer’s disease0603　てんかん　Epilepsy0604　脳性麻痺及びその他の麻酔性症候群　　　Cerebral palsy and other paralytic syndromes0605　自律神経系の障害　Disorders of autonomic nervous system0606　その他の神経系の疾患　Others Diseases of the nervous systemⅦ　眼及び付属器の疾患　Diseases of the eye and adnexa0701　結膜炎　Conjunctivitis0702　白内障　Cataract0703　屈折及び調節の障害　Disorders of refraction and accommodation0704　その他の眼及び付属器の疾患　Other diseases of the eye and adnexaⅧ　耳及び乳様突起の疾患　　Diseases of the ear and mastoid process0801　外耳炎　Otitis externa0802　その他の外耳疾患　Other disorders of external ear0803　中耳炎　Otitis media0804　その他の中耳及び乳様突起の疾患　　　Other diseases of middle ear and mastoid0805　メニエール病　Disorders of vestibular function0806　その他の内耳疾患　Other diseases of inner ear0807　その他の耳疾患　Other diseases of earⅨ　循環器系の疾患　Diseases of the circulatory system0901　高血圧性疾患　Hypertensive diseases0902　虚血性心疾患　Ischaemic heart diseases0903　その他の心疾患　Other froms of heart disease0904　くも膜下出血　Subarachnoid hemorrhage0905　脳内出血　Intracerebral hemorrhage0906　脳梗塞　Occulusion of percerebral and cerebral arteries0907　脳動脈硬化（症）　Cerebral arteriosclerosis0908　その他の脳血管疾患　Other cerebrobascular diseases0909　動脈硬化（症）　Atherosclerosis0910　痔核　Haemorrhoids0911　低血圧　Hypotension0912　その他の循環器系の疾患　Other disorders of circulatory system |
| Ⅹ　呼吸器系の疾患　Diseases of the respiratory system1001　急性鼻咽頭炎［かぜ］　Acute nasopharyngitis [ common cold]1002　急性咽頭炎及び急性扁桃腺　Acute pharyngitis and tonsillitis1003　その他の急性上気道感染症Other acute upper respiratory infecitions1004　肺炎　Pneumonia1005　急性気管支炎及び急性細気管支炎Acute bronchitis and bronchiolitis1006　アレルギー性鼻炎　Vasomotor and allergic rhinitis1007　慢性副鼻腔炎　Chronic sinusitis1008　急性又は慢性と明示されない気管支炎　　　Bronchitis, not specified as acute or chronic1009　慢性閉塞性肺疾患　Chronic obstructive pulmonary disease1010　喘息　Asthma1. その他の呼吸器系の疾患　Other diseases of respiratory system

ⅩⅠ　消化器系の疾患　Diseases of the digestive system1101　う蝕　Dental caries1102　歯肉炎及び歯周疾患　Gingivitis and periodontal diseases1103　その他の歯及び歯の支持組織の障害　　　Other disorders of teeth and supporting structures1104　胃潰瘍及び十二指腸潰瘍　Gastric and duodenal ulcer1105　胃炎及び十二指腸炎　Gastritis and duodenitis1106　アルコール性肝疾患　Alcoholic liver disease1107　慢性肝炎（アルコール性のものを除く）　　　Chronic hepatitis, not elsewhere classified1108　肝硬変（アルコール性のものを除く）　　　Liver cirrhosis not elsewhere classified1109　その他の肝疾患　Other disorders of liver1110　胆石症及び胆のう炎　Cholelithiasis and cholecystitis1111　膵疾患　Diseases of pancreas1112　その他の消化器系の疾患　Other diseases of digestive systemⅩⅡ　皮膚及び皮下組織の疾患　　Diseases of the skin and subcutaneous tissue1201　皮膚及び皮下組織の感染症　　　Infections of the skin and subcutaneous tissue1202　皮膚炎及び湿疹　Dermatitis and eczema1203　その他の皮膚及び皮下組織の疾患　　　Others Diseases of the skin and subcutaneous tissueⅩⅢ　筋骨格系及び結合組織の疾患　　　Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue1301　炎症性多発性間接障害　Inflammatory polyarthropathies1302　関節症　Arthrosis1303　脊椎障害（脊椎症を含む）　Spondylopathies1304　椎間板障害　Intervertebral disc disorders1305　頸腕症候群　Cervicobrachial1306　腰痛症及び座骨神経痛　Low back pain and sciatica1307　その他の脊柱障害　Other dorsopathies1308　肩の障害　Shoulder lesions1309　骨の密度及び構造の障害　Disorders of bone density and structure1310　その他の筋骨格系及び結合組織の疾患　　　Other diseases of skeletal muscles and connective tissuesⅩⅣ　尿路性器系の疾患　Diseases of the genitourinary system1401　糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患　Glomerular diseases | 1402　腎不全　Renal failure1403　尿路結石症　Urolithiasis1404　その他の尿路系の疾患　Other diseases of urinary system1405　前立腺肥大（症）　Hyperplasia of prostate1406　その他の男性性器の疾患　Other diseases of male genital organs1407　月経障害及び閉経周辺期障害　　　Menopausal and postmenopausal disorders1408　乳房及びその他女性性器の疾患　　　Other disorders of breast and female genital organsⅩⅤ　妊娠、分娩及び産じょく　　Pregnancy, childbirth and the puerperium1501　流産　Pregnancy with abortive outcome1502　妊娠中毒症　　　Oedema, proteinuria and hypertensive disoders in pregnancy,　　　Childbirth and the puerperium1503\* 単胎自然分娩　Single spontaneous delivery1504　その他の妊娠、分娩及び産じょく　　　Others Pregnancy, childbirth and the puerperiumⅩⅥ　周産期に発生した病態　　　Certain conditions originating in the perinatal period1601　妊娠及び胎児発育に関連する障害　　　Disorders related to length of gestation and fetal growth1602　その他の周産期に発生した病態　　　Others Certain conditions originating in the perinatal periodⅩⅦ　先天奇形、変形及び染色体異常　　　Congenital malformations, deformations and chromosomal　　　abnormalities1701　心臓の先天奇形　Congenital anomalies of heart1702　その他の先天奇形、変形及び染色体異常　　　Others Congenital malformations, deformations and chromosomal　　　abnormalitiesⅩⅧ　症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの　　　Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not　　　Elsewhere classified1. 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

　　　Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not　　　Elsewhere classifiedⅩⅨ　損傷、中毒及びその他の外因の影響　　　Injury, poisoning and certain other consequences of external causes1. 骨折　Fracture
2. 頭蓋内損傷及び内臓の損傷

Intracranial damage and internal organ damage1. 熱傷及び腐食　Burns and corrosions
2. 中毒　Poisoning
3. その他の損傷及びその他の外因の影響

Others Injury, poisoning and certain other consequences of external causes 注：1503番（＊印）は社会保険は適用されません。 Important : No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance. |