

向主治醫生提出的請求 (担当医へのお願い)

1. 這是患者申請健康保險報銷時所需要的資料，請填寫證明。  
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要なので、証明をお願いします。
2. 請主治醫生填寫并署名。  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. 每個月，每次住院/每次門診就醫，都需要此表格各一份。  
各月毎、また入院・入院外(外来)毎につき、この様式1枚が必要です。

格式 A

治療内容明細單

様式 A

診療内容明細書

1. 患者姓名 出生年月日 性別(男・女)  
患者名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 性別(男・女)
2. 疾病名稱及國民健康保險用國際疾病分類號碼  
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号  
\_\_\_\_\_ (No. \_\_\_\_\_)
3. 初診日: 日/月/年 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
初診日: 日/月/年 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
4. 治療日數: \_\_\_\_\_ 日  
診療日數: \_\_\_\_\_ 日
5. 治療的分類  
治療の分類  
 住院 : 自 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ 天)  
入院 自 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ 日間)  
 住院以外(門診) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .  
入院外(外来) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .
6. 症狀概述  
症狀の概要  
\_\_\_\_\_
7. 處方、手術及其他處置的概述  
処方、手術その他の処置の概要  
\_\_\_\_\_
8. 因事故傷害而進行的治療嗎?  是  否   
治療は事故の障害によるものですか。  はい  いいえ
9. 向醫療機關或者主治醫生所支付的實際治療費用的明細 : 格式 B  
医療機関、または担当医に支払った治療実費の内訳 : 様式 B に記載
10. 主治醫生的姓名以及地址  
担当医の名前及び住所  
姓名(名前) : 姓(姓) \_\_\_\_\_ 名(名) \_\_\_\_\_ 稱號(称号) \_\_\_\_\_  
地址(住所) : 醫院或診療所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
(病院又は診療所) \_\_\_\_\_ (電話) \_\_\_\_\_  
日期(日付) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 署名(署名) \_\_\_\_\_  
主治醫生(担当医)
- 病歷號碼 (診療記錄の番号) \_\_\_\_\_