

向主治医生提出的请求 (担当医へのお願い)

1. 这是患者申请健康保险报销时所需要的资料, 请填写证明。
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. 请主治医生填写并署名。
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. 每个月、每次住院/每次门诊就医, 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

治疗内容明细单

様式 A

診療内容明細書

1. 患者姓名 出生年月日 性别(男・女)
患者名 _____ 生年月日 _____ 性別(男・女)

2. 疾病名称及国民健康保险用国际疾病分类号码
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. 治疗日数: _____ 日
診療日数: _____ 日

5. 治疗的分类

治療の分類

住院 : 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (____ 天)

入院 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (____ 日間)

住院以外(门诊) : _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____ .

入院外(外来) _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____ .

6. 症状概述

症状の概要

7. 处方、手术及其他处置的概述

処方、手術その他の処置の概要

8. 因事故伤害而进行的治疗吗? 是 否

治療は事故の障害によるものですか。 はい いいえ

9. 向医疗机构或者主治医生所支付的实际治疗费用的明细: 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. 主治医生的姓名以及地址

担当医の名前及び住所

姓名(名前): 姓(姓) _____ 名(名) _____ 称号(称号) _____

地址(住所): 医院或诊疗所 _____ 电话 _____
(病院又は診療所) _____ (電話) _____

日期(日付): _____ / _____ / _____ 署名(署名) _____

主治医生(担当医)

病历号码 (診療記録の番号) _____