Request to Attending Physician（担当医へのお願い）

1. This form must be certified for the patient to apply for health insurance benefits.
   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. This form should be completed and signed by the attending physician.
   この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One copy of this form is required for each month and for each inpatient and outpatient visit.
   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。

Form A
様式 A

Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 書

1. Name of patient（Last, First）　Date of birth　Gender（Male・Female）
   患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日＿＿＿・＿＿＿・＿＿＿　性別　（ 男 ・ 女 ）

2. Name of injury or illness and International Classification of Diseases number for National Health Insurance　傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号
   ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（No.　　　　　）

3. Date of first diagnosis　：D/ M/ Y　＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿
   初診日　：日/月/年　＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿

4. Duration of treatment　:＿＿＿＿＿ days　診療日数　:＿＿＿＿＿日

5. Type of treatment　治療の分類

   ☐　Hospitalization　: From＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿ to＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿(＿＿ days)
   　　入院　自＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿ 至＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿(＿＿日間)

   ☐　Outpatient or Home Visit　:＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿.＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿.
   　　入院外（外来）　＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿.＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿.

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. Breakdown of actual treatment costs paid to the medical facility or attending physician
   List in Form 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. Name and address of attending physician
    担当医の名前及び住所
    Name（名前）: Last（姓）＿＿＿＿＿＿ First（名）＿＿＿＿＿＿ Title（称号）＿＿＿＿＿＿.
    Address（住所）: Office　Phone
    （病院又は診療所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（電話）＿＿＿＿＿＿＿＿.

Date 日付　:＿＿＿/＿＿＿/＿＿＿　Signature(署名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Attending Physician(担当医)

Reference number of your medical record (if applicable)　診療記録の番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿