

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

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
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 form for each month and one form for hospitalization/ outpatient(home visit) should be filled out.
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。

FormA

Attending Physician's Statement

様式 A

診療内容明細書

1. Name of Patient (Last,First) Date of Birth Sex (Male•Female)
患者名 _____ 生年月日 _____ 性別 (男・女)
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International of Classification of diseases for the use 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)
 Out patient 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. Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : 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 _____