

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill out this form so that the patient may claim the health insurance benefits.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、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 for each hospitalization/ outpatient visit(home visit) should be filled out.
毎月毎、また入院・入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Form A

様式 A

1. Name of Patient(Last, First) Age(Date of birth) Sex (Male · Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ . _____ 性別
2. Name of Illness or Injury preferably with the International Classification of Diseases for use of Social Insurance
(Please refer to the table attached to this form).
傷病名及び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 _____ . _____ . _____
4. Days of Diagnosis and Treatment
診療日数 _____ days
5. Type of Treatment
治療の分類 (D / M / Y)
 Hospitalization From _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (_____ days)
入院 自 _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (_____ 日間)
 Outpatient or Home Visit _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____
入院外 _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____
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
治療は事故の傷害によるものですか。
9. Itemized Amounts paid to Hospital & / or Attending Physician : Fill in Form B
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳: 様式 B による
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____
Address _____ Phone(電話) _____
Office(病院または診療所) _____ Phone _____
Date(日付) _____ . _____ . _____ Signature(署名) _____
Attending Physician(担当医)
Reference Number of your Medical Report(if applicable)
診療録の番号 _____

様式 A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____