

Form A

(様式 A)

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
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。
- This form should be completed and signed by the attending physician
この様式は担当医が記入し、かつ署名して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First)	Age (Date of Birth)	Sex (Male · Female)
患者名 _____	年齢 (生年月日) _____	性別 (男 · 女) _____
2. Date of First Diagnosis	3. Days of Diagnosis and Treatment	
初診日 _____	診療日数 _____ days	

4. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form.)	傷病名及び社会保険表彰用国際疾病分類番号 (No. _____)
5. Type of Treatment	治療の分類 <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 From _____ To _____ <input type="checkbox"/> 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 ?	治療は事故の障害によるものですか？ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9. Itemized amounts paid to Hospital and / 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 (名前) Last (姓) _____ First (名) _____ Title (称号) _____

Office Address (病院または診療所の住所) _____

Office (病院または診療所の名称) _____ Phone (電話) _____

Date (日付) _____

Attending Physician's Signature (担当医署名) _____

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____

■様式A（邦訳）

4. 傷病名及び社会保険表彰用国際疾病分類番号
(No.)

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者記入欄	
氏名	<input type="text"/> 印
住所	<input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>