

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 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、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.
月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性別	<input type="checkbox"/> M • <input type="checkbox"/> F 男 女
Date of first Diagnosis 初診日	Days of Diagnosis and Treatment 診療日数		
		days 日間	

- (1) Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health 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 (この明細書に添付されている表を参照してください。)

_____ (No.)

- (2) Type of Treatment 治療の分類

Hospitalization from _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (days)
入院 入院日 退院日 日間

Out patient or Home Visit _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____
入院外

- (3) Nature and Condition of Illness or Injury (in detail) 症状の概要(詳しく記載してください)

- (4) Prescription, Operation and any other Treatments (in detail)

処方、手術その他の処置の概要(詳しく記載してください)

- (5) 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

- (6) Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B

医療機関又は担当医に支払った医療費の内訳:様式Bに記載してください

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 Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院又は診療所) _____ Phone(電話) _____

Date _____ . _____ . _____ Signature of
日付 _____ the Attending Physician
担当医の署名

Reference Number of your Medical Record (if applicable) _____

診療録の番号

翻 訳

(1) 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

_____ (番号)

(3) 症状の概要(詳しく記載してください)

(4) 処方、手術その他の処置の概要(詳しく記載してください)

(翻訳者)

住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 _____