## 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 one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、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

1	Name of Patient (Last, First) 患者名	
2	Age (Date of birth) 生年月日	
3	Sex 性別	□Male □Female 男 女
4	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.)  (場病名及び健康保険用国際疾病分類番号	[ No. ]
5	Date of first Diagnosis 初診日	
6	Days of Diagnosis and Treatment 診療日数	days
7	Type of Treatment 治療の分類	□ Hospitalization 入院  From to to
8	Nature and Condition of Illness or Injury(in brief) 症状の概要	
9	Prescription, Operation and any other Treatments(in brief) 処方、手術その他の処置の概要	
10	Was the treatment required as a result of an accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか?	□Yes □No
11	Itemized amounts paid to Hospital and /or Attending Physician 医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳	Fill in Form B 様式 B による
Name and	Address of Attending Physician (担当医の名前及	<b>支び住所</b> )
Name	(名前) Last(姓)	First(名) Title(称号)
Office	Address (病院または診療所の住所)	
		Phone(電話)
Date (	日付) Signature (看	署名)
Refere	nce Number of your Medical Record(if applical	Attending Physician(担当医) ble) 診療録の番号

	び健康保険用		<b>省</b> 万		
[No.		]			
巨状の概要					
	· その他の処置	の概要			
処方、手術	その他の処置	この概要			
 処方、手術 	その他の処置	『の概要			
<u></u>	その他の処置	ぱの概要			
<b>処方、手術</b>	その他の処置	ぱの概要			
<u></u> 如方、手術	その他の処置	この概要			
<u>如</u> 方、手術	その他の処置	の概要			
処方、手術	その他の処置	『の概要			
如方、手術	その他の処置	で概要			
	その他の処置	の概要			
翻訳者 >	子の他の処置	の概要			
翻訳者 >	所	の概要			