

- 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.
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	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> 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.) 傷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 治療の種類	<input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 From _____ to _____ <input type="checkbox"/> Outpatient or Home Visit 入院外 _____. . _____. . _____. . _____. .
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？	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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) _____ Signature (署名) _____

Attending Physician(担当医)

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

様式 A 【邦訳】

4. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

[No.]

8. 症状の概要

9. 処方、手術その他の処置の概要

< 翻訳者 >

住 所	
電話番号	
氏 名	