## 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 national health insurance benefit. この様式は患者の国民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書き、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、入院、入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。

Form A

## Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1.	Name of Patient(Last,First) 患者名			Age(Date of Birth) 年齢(生年月日)				Sex(Male・Female) 性別(男・女)			
2.	Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use National Health Insurance (See another sheets of paper) 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号(別紙参照) No.(								s		
3.	Date of First I	Diagnosis:	D / M	/ V						,	
υ.	初診日	Diagnosis.									
4.	Duration of Tre	eatment:	days								
	診療日数										
5.	Type of Treatm 治療の分類	nent									
	□Hospitaliza	tion: From_				, to			(	days)	
	入院	自 _				,至 <u></u>	/		(	日間)	
	☐Out patier	nt or Home	Visit:								
	入院外			/							
6.	Nature and Con 症状の概要	ndition of Il	lness or inju	ry (in b	orief)						
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。 はい いいえ										
9.	Itemized Amounts Paid to Hospital and/or Attending Physician: Form B 治療実費 様式B										
10.	Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所										
	Name名前	:Last姓		First	<u> </u>		Т	itle称号			
	Address住所	:Home自宅					р	hone電話			
		:Office病院	又は診療所				р	hone電話			
	Date日付:		S	Signature‡	署名						
			Referenc	ce Numbe	er of		_	Physician ord (if a			

診療録の番号\_

2.	傷病名及び国民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	(FI)
	電話	