

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

Form A (様式 A)

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. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of National Health Insurance (See separately attached form)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号(別紙参照) _____
3. Date of First Diagnosis: D / M / Y / /
初診日 日 / 月 / 年 / /
4. Duration of Treatment: _____ days
診療日数 _____ 日
5. Type of Treatment:
治療の分類
 Hospitalization: From / / to / / (_____ days)
入院 自 / / 至 / / (_____ 日間)
 Outpatient/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 the result of an accidental injury? Yes No
この治療は事故の障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:
担当医の名前および住所
Name 名前: Last 名 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
Address 住所: Home 自宅 _____ Phone No. 電話 _____
Office 病院または診療所 _____ Phone No. 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 _____