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 social insurance benefit.
この様式は患者の社会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、この様式１枚が必要です。

翻訳者
氏名
住所
TEL

Attending Physician's Statement

Form A
様式 A

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 the number of International Classification of Diseases for use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号（附録参照)

_____(No.)

3．Date of First Diagnosis; _____, 20_____
初 診 日

4．Days of Diagnosis and Treatment: _____ days
診療実日数 日間

5．Type of Treatment
治療の分類
☐ Hospitalization: From_____ ,_____ to _____ ,20_____ (days)
入 院 自 _____ ,_____至 _____ ,20_____(日間)
☐ Outpatient or Home Visit _____, _____ _____,20_____
入 院 外 _____, _____ _____,20_____

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 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 & / or Attending Physician. : Fill in Form B
項目別治療実費 様式 B による

10. 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

Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話

Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付 Signature 署名

Attending Physician 担 当 医

Reference Number of your Medical Report (if applicable)
診 療 録 の 番 号