

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・入院外毎につき、この様式が1枚必要です。

Form A

様式 A

Attending Physicians Statement
診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First) _____
患者名
Age (Date of Birth) _____ Sex (Male, Female)
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 the use of Social Insurance (Please refer to the table attached of this form).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (別紙参照)
_____ (No. _____)
 3. Date of First Diagnosis : _____, 20_____
初診日
 4. Days or Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 日間
 5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____, 20____ to _____, 20_____ (_____ days)
入院 自 至
 Out patient or Home Visit : _____, 20____ _____, 20____
入院外 _____, 20____ _____, 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。
 9. Itemized amounts paid to Hospital and / 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
担当医の名前と住所
Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
Office 病院又は診療 _____ 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 _____

邦訳（様式 A）

2. 傷病名及び社会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

翻訳者記入欄	
名前	印／サイン
住所	電話