

Requests to the Attending Physician

担当医へのお願い

- 1. Please certify this form so the patient may claim National Health Insurance benefits in Japan.
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. Please write details of the patient's treatment.
診療内容については、詳細に記載してください。
- 3. 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。
- 4. One form is needed for each and every inpatient or outpatient treatment visit.
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 (様式A)

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

- 1. Patient Name (Last, First) Age (Date of Birth in parentheses) Male / Female
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男・女) _____
- 2. Name of illness or injury. Please include "Number of International Classification of Diseases for the Use of National Health Insurance" (see separately attached form)
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)
 Outpatient/Home visit: _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____
入院外 _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____
- 6. Brief summary of illness or injury: 症状の概要

- 7. Prescription(s), operation(s) and/or any other treatment: 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. For 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 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

Medical Record Ref. No. (if applicable) 診療録の番号 _____