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)
   病症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 ＿＿＿＿＿＿