

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

Form A

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 should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic. この様式は担当医または病院の事務長が書き、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.
毎月ごと、入院・入院外ごとに付き、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. 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 _____
傷病名
3. Date of First Diagnosis : D/M/Y _____, _____
初診日 日/月/年
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 日間
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____, _____ to _____, _____ (days)
入院 自 至 日間
 Outpatient or 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 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 _____