Request to Attending Physician
担当医へのお願い

(注)担当医師以外、記載不可

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、かつ署名して下さい。
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。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Form A (様式 A)

1. Name of Patient 受診者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　Age 年齢 ＿＿＿　Sex (Male Female) 性別

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 to this form).
   傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(P1～P6参照)

   ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　(No.　　　　)

3. Date of First Diagnosis 初診日＿＿＿＿＿＿

4. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数＿＿＿＿ days

5. Type of Treatment 治療の分類

   ☐ Hospitalization : From＿＿＿, ＿＿＿ to＿＿＿, ＿＿＿ (　　days)
   入 院　自　至　(　　日間)

   ☐ Outpatient or Home Visit　From ＿＿＿, ＿＿＿ to ＿＿＿, ＿＿＿ (　　days)
   自　至　(　　日間)
   入 院 外　From ＿＿＿, ＿＿＿ to ＿＿＿, ＿＿＿ (　　days)
   自　至　(　　日間)

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
   症状の概要

   ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

7. Prescription, Operation and any other Treatment (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 and／ or Attending Physician : Fill in Form B
   医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる

Name and Address of Attending Physician 担当医師の氏名及び住所

Name
担当医師の氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　Signature 署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

Address
医院の名称・所在地　Office ＿＿＿＿＿＿＿＿　Phone ＿＿＿＿＿＿

Date
日付 ＿＿＿＿＿＿＿＿