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 health insurance benefit. この様式は患者の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. This form should be completed and signed by the attending physician. この様式は担当医が記入し、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、また入院・入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。

Attending Physician's Statement 診 療 内 窓 明 細 書

orm A										
式A								•		
1 . Name of l 患者名	. Name of Patient(Last, First)		Age(Date of birth) 年齢(生年月日)				Sex (Male · Female) 性別			
2 . Name of I for the us 傷病名』	Illness or In se of Health 及び健康保険	Insurance	. (Please re	the numb efer to the	er of Inte table att	rnation ached	nal Cl to this	s form.)		eases
							-		(No.)
B. Date of fi 初診日	· ·	sis								
4.Days of D 診療日導		nd Treatme days	nt							
5.Type of T 治療のタ								,		, i
☐ Hospit	alization	From	1	1-	to		1		(days
入院		自		/	至		_/		(口间
	tient or Hor			/	<u></u> / /	•		/ /	/	日间
☐ Outpat	nd Conditio	me Visit	or Injury(/ / / / in brief)	<u></u> /	•		/ /	/ /	日間
□ Outpat 入院外 3. Nature ar 症状の板	nd Conditio 既要	me Visit n of Illness ion and any	y other Tre		<i>! !</i>	•		/ / /	<i>I I</i>	口间
□ Outpat 入院外 3. Nature ar 症状の板 . Prescripti 処方、言	nd Conditio 既要 ion, Operat 手術その他の	me Visit n of Illness ion and any の処置の概要 equired as	y other Tre 要 a result of	eatments(i	/ /	y? —		/ / / - \(\text{Yes}	/ / /	
□ Outpat 入院外 Nature ar 症状の材 Prescripti 処方、言 Was the t 治療は事	nd Conditio 既要 ion, Operat 手術その他の reatment r 事故の傷害に	me Visit n of Illness ion and any の処置の概要 equired as こよるもので id to Hosp:	y other Tre 更 a result of ですか。 ital and / o	eatments(i	/ / in brief) ntal injur	ian : F			/ / / B □ No	
□ Outpat 入院外 3. Nature ar 症状の材 4. Prescripti 処方、 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	nd Conditio 既要 ion, Operat 手術その他の reatment r 事故の傷害に amounts pa 関、または打	me Visit n of Illness ion and any o処置の概要 equired as こよるもので id to Hosp: 単当医に支持	y other Tre 要 a result of ですか。 ital and / o ムった医療	eatments(i an acciden r Attendin 費の内訳:	/ / in brief) ntal injur	ian : F			/ / /	
□ Outpat 入院外 Nature ar 症状の材 Prescripti 処方、 ・ ・ Was the t 治療は ・ E療機関 ・ Name and	nd Conditio 既要 ion, Operat 手術その他の reatment r 事故の傷害に amounts pa 関、または打	me Visit n of Illness ion and any o処置の概要 equired as こよるもので id to Hosp: 単当医に支持	y other Tre 要 a result of ですか。 ital and / o ムった医療 g Physician	eatments(i an acciden r Attendin 費の内訳:	/ / in brief) ntal injur	ian : F	ill in I			
□ Outpat 入院外 ∴ Nature ar 症状の材 ∴ Prescripti 処方、 ∴ Was the t 治療は ∴ Itemized a 医療機関 ∴ Name and 担当医の	nd Conditio 既要 ion, Operat 手術その他の reatment re 事故の傷害に amounts pa 関、または打 d Address o	me Visit n of Illness ion and any n処置の概要 equired as こよるもので id to Hosp: 旦当医に支持	y other Tre 要 a result of ですか。 ital and / o ムった医療 g Physician	eatments(i an acciden r Attendin 費の内訳:	/ / in brief) ntal injur	ian : F	ill in I	Form B	号)	
□ Outpat 入院外 3. Nature ar 症状の材 4. Prescripti 処方、 5. Was the t 治療は 1. Itemized a 医療機関 1. Name and 担当医の Name	nd Conditio 既要 ion, Operat 手術その他の reatment re 事故の傷害に amounts pa 関、または打 d Address o の名前及び信 Last(姓) Home(自	me Visit n of Illness ion and any n処置の概要 equired as こよるもので id to Hosp: 旦当医に支持	y other Tre 要 a result of ですか。 ital and / o ムった医療 g Physician Firs	eatments(i an acciden r Attendin 費の内訳:	/ / in brief) ntal injur	ian : F	ill in I	Form B Title(称	号)	

診療録の番号

様式A 邦訳

2.	傷病名	る及び健康保 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	倹用国際疾 疖	5分類番号		
6.	 症状の)概要				
7.	処方、	手術その他の	の処置の概要	<u> </u>	÷	
			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
				翻訳者		
				住所 - -		-
				氏名 —— 電話 —		