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 診療内容明細書

ى											
大	ıA										
1.	Name of P 患者名	Jame of Patient(Last, First) 患者名		_	e of birth) 生年月日)_				Sex 性別	(Male	· Fema
2 .	for the use	of Health	jury prefera Insurance. (用国際疾病/	Please re	the number efer to the	er of Inte table att	ernatio tached	nal Cl to this	assifica s form.	tion of I) (No.	Diseases)
3.	Date of firs 初診日	st Diagnosi	s							- \ - \ - \	
١.	Days of Dia 診療日数		l Treatment _days	t							
.	Type of Tro 治療の分								,		
	☐ Hospita	lization	From	1	1.	to		1		(da
	入院			,	,	至		1	1		(
	八克		自	/							
		ent or Hom		1	/ / /	<u> </u>	•		/	/	
	□ Outpati 入院外 Nature and 症状の概	l Condition 要	e Visit			/ /	•		/ /	/	
-	□ Outpati 入院外 Nature and 症状の概 Prescriptio	l Condition 要 n, Operatio	e Visit			/ /	•		/	/	
	□ Outpati 入院外 Nature and 症状の概 Prescriptio 処方、手 Was the tre	d Condition要 m, Operatio 術その他の	of Illness o	other Tre	atments(ir	/ / n brief)			/ / / — □ Ye	/ /	No
	□ Outpati 入院外 Nature and 症状の概 Prescriptio 処方、手 Was the tre 治療は事 Itemized an	d Condition 要 n, Operatio 術その他の eatment re 故の傷害に mounts pai	ne Visit of Illness o on and any o 処置の概要 quired as a	other Tre result of すか。 al and / o	atments(ir an acciden	/ / n brief) tal injur	ian : F			s 🗆	
	□ Outpati 入院外 Nature and 症状の概 Prescriptio 処方、手 Was the tre 治療は事 Itemized an 医療機関 Name and	d Condition 要 n, Operatio 術その他の eatment re 故の傷害に mounts pai 、または担	ne Visit n of Illness o on and any o output の の の の の の の の の の の の の の の の の の の	other Tre result of すか。 al and / o	atments(ir an acciden r Attendin 貴の内訳:	/ / n brief) tal injur	ian : F			s 🗆	
	□ Outpati 入院外 Nature and 症状の概 Prescriptio 処方、手 Was the tre 治療は事 Itemized an 医療機関 Name and	d Condition 要 n, Operatio 術その他の eatment re 故の傷害に mounts pai 、または担 Address of	ne Visit n of Illness o on and any o output の の の の の の の の の の の の の の の の の の の	result of すか。 al and / o った医療引	atments(ir an acciden r Attendin 貴の内訳:	/ / n brief) tal injur	ian : F				
	□ Outpati 入院外 Nature and 症状の概 Prescriptio 処方、手 Was the tre 治療は事 Itemized an 医療機関 Name and 担当医の	d Condition 要 on, Operatio 術その他の eatment red 故の傷害に mounts pai 、または担 Address of 名前及び住	ne Visit n of Illness o on and any o Me Me Quired as a : よるもので d to Hospita 当医に支払。 Attending I	result of すか。 al and / o った医療引	atments(in an acciden r Attendin 費の内訳:	/ / n brief) tal injur	ian : F	'ill in l	Form B	r号)	
	□ Outpati 入院外 Nature and 症状の概 Prescriptio 処方、手 Was the tr 治療は 医療機関 Name and 担当医の Name	d Condition 要 n, Operatio 術その他の eatment red 故の傷害に mounts pai 、または担 Address of 名前及び住 Last(姓) Home(自写	ne Visit n of Illness o on and any o Me Me Quired as a : よるもので d to Hospita 当医に支払。 Attending I	result of すか。 al and / o った医療乳 Physician Firs	atments(in an acciden r Attendin 費の内訳:	/ / n brief) tal injur	ian : F	'ill in l	Form B Title(秋	r号)	

診療録の番号

様式A 邦訳

傷病名及び傾	建康保険用国際	際疾病分類番号		
症状の概要				
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
処方、手術そ	の他の処置の)概要		
		la		
		翻訳者 住所 		
		— — — 氏名		(1)
		電話		
	症状の概要	症状の概要	処方、手術その他の処置の概要 翻訳者 住所 _ 氏名 _	症状の概要 如方、手術その他の処置の概要 翻訳者 住所 氏名