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 befilled 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

	Age(Date	of birth)		Sex (Male	•Female)	
患者名			/ /		r cindic /	
2. Name of Illness or Injury prefe					ases for the	
use of Health Insurance. (Please						
傷病名及び健康保険用国際						
			(No.)		
3. Date of first Diagnosis						
初診日/	/	<u></u>				
4. Days of Diagnosis and Treatm	ent					
診療日数da	ys					
5. Type of Treatment						
治療の分類						
☐ Hospitalization	From	/ /	to		<u> </u>	days)
入院 -	自 /	/	至		(日間)
☐ Outpatient or Home Visit	-		,	//		
入院外		/	,	/		
3. Nature and Condition of Illness	or Injury(in brie	ef)				
症状の概要						
7. Prescription, Operation and any	other Treatn	nonte (in brief	÷)			
・・Trescription, Operation and any 処方、手術その他の処置の概		ilents (iii briei)			
	以					
, =,,, , , ,,, e , , le , ,,e, e, ,, le						
	result of an ac	cidental injur	v? ———	— П Ves П 1	Vo	
3. Was the treatment required as		ccidental injur	y? ———	— □ Yes □ 1	No	
	ですか。				No	
3. Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもの	ですか。 pital and / or A	ttending Phys	sician : Fill in		No	
8. Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもの 9. Itemized amounts paid to Hos	ですか。 pital and / or A 払った医療費の	ttending Phys	sician : Fill in		No	
8. Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもの 9. Itemized amounts paid to Hos 医療機関、または担当医に支	ですか。 pital and / or A 払った医療費の	ttending Phys	sician : Fill in		No	
8. Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもの 9. Itemized amounts paid to Hos 医療機関、または担当医に支 10. Name and Address of Attendin 担当医の名前及び住所	ですか。 pital and / or A 払った医療費の	ttending Phys	sician : Fill in			
8. Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもの 9. Itemized amounts paid to Hos 医療機関、または担当医に支 10. Name and Address of Attendin 担当医の名前及び住所	ですか。 pital and / or A 払った医療費の g Physician	ttending Phys D内訳:様式E	sician : Fill in Bによる	Form B	称号)	
8. Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもの 9. Itemized amounts paid to Hos 医療機関、または担当医に支 10. Name and Address of Attendin 担当医の名前及び住所 Name Last(姓) Address Home(自宅)	ですか。 pital and / or A 払った医療費の g Physician	ttending Phys D内訳:様式E First(名)	sician : Fill in いこよる	Form B Title(Phone(電話	称号)	
8. Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもの 9. Itemized amounts paid to Hos 医療機関、または担当医に支 10. Name and Address of Attendin 担当医の名前及び住所 Name Last(姓) Address Home(自宅) Office(病院または	ですか。 pital and / or A 払った医療費の g Physician 診療所)	ttending Phy D内訳:様式E First(名)	sician : Fill in Bによる	Form B Title(i Phone(電話 Phone(電話	称号)	
8. Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもの 9. Itemized amounts paid to Hos 医療機関、または担当医に支 10. Name and Address of Attendin 担当医の名前及び住所 Name Last(姓) Address Home(自宅)	ですか。 pital and / or A 払った医療費の g Physician 診療所)	ttending Phys D内訳:様式E First(名)	sician : Fill in いこよる	Form B Title(i Phone(電話 Phone(電話	称号) f) f)	4医)

診療録の番号

様式A 邦訳

2.	傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号
6. -	症状の概要
_	
_	
- 7.	処方、手術その他の処置の概要
-	
_	
_	
	翻訳者
	住所
	氏名
	電話