

Request to Attending Physician (担当医へのお願い)

- Please fill in this form so that the patient may claim the national health insurance benefit
この様式は患者の国民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。
- 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。
- 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、この様式が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

- 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) _____
- Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance (Please refer to the table attached to this form)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 (別紙参照)
_____ (NO. _____)
- Date of First Diagnosis : D / M / Y / /
初診日 日 / 月 / 年
- Duration of Treatment : _____ days
診療日数 _____ 日
- Type of Treatment
治療の分類
☐ Hospitalization : From _____ / _____ / _____, to _____ / _____ / _____ (days)
入院 自 至 (日間)
☐ Out patient or Home Visit : _____ / _____ / _____
入院外
- Nature and Condition of Illness or Injury (in detail)
症状の概要 (詳しく記載してください)
- Prescription, Operation and Any other treatments (in detail)
処方、手術その他の処置の概要 (詳しく記載してください)
- 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
- Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : form B
治療実費 様式Bによる
- 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 Record (if applicable)
診療録の番号 _____