

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- ☐ 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。
- ☐ 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。
- ☐ 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。

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____

Age (Date of birth) 年齢 (生年月日) _____ Sex 性別 Male 男 ・ Female 女

2. Name of Illness or Injury preferably with the Number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance
(Please refer to the table attached to this form.) 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

(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 入院 From _____ to _____ (_____ days)

☐ Out patient or Home Visit 入院外 Month 月 : _____ Year 年 : _____

Date 日付:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

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

7. Prescription, Operation and any other Treatments (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 ? 治療は事故の傷害によるものですか。

Yes はい ・ No いいえ

9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician 医療機関又は担当医に支払った医療費の内訳

▷ Fill in Form B 様式Bによる

10. 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 _____

Office Address 病院又は診療所の住所 _____

Office 病院又は診療所の名称 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____

様式 A 翻訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

_____(No. _____)

6. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻 訳 者

氏 名

住 所

電話番号