

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

⑩

住 所

電話番号