

1. This form is for use by the attending physician. *** この用紙は、医師に記入していただく用紙です。**
この様式 *** 審査を行うにあたり重要な書類のため、証明していただく海外の医療機関には、**
2. This form is for use by the attending physician. *** 傷病名は、必ず記載するようお願いしてください。**
この様式 *** 傷病名は、必ず記載するようお願いしてください。**
3. One form for each month, one form for hospitalization, outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

* 青枠内を
医師に記入してもらう

Attending Physician's Statement

診療内容証明書

1. 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)
kenpo hanako 2003/3/10 male / female
2. Name of Illness or Injury Preferably with Number of International Classification of Disease for the Use of social Insurance.
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 傷病名を必ず記入 例) Acute pharyngitis
3. Date of First Diagnosis : 10 / 5 , 2024
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : 3 days
診療日数
5. Type of Treatment :
治療の分類
☐ Hospitalization : From 10 / 5 , 2024 to 13 / 5 , 2024 (3 days)
入院 自 至 日間
☒ Outpatient or Home Visit : 10 / 5 , 2024 13 / 5 , 2024 15 / 5 , 2024 20 20
入院外
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要
cold
7. Prescription, Operation any other Treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
Consultation Fee , injection, medicine
8. Was the treatment required as a result of an accidental injury ? ☐ Yes. ☒ No.
治療は事故の障害によるものですか? はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Form B
治療実費 200 \$ 様式 B
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

* 病院の情報欄
医師に記入してもらうこと

Name 氏名 : Last 姓 First 名
Address 住所 : Home 自宅 Phone
Office 病院又は診療所 Phone
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

Form A

和訳例

1. This

この

- * 日本語以外の外国語には必ず和訳を記載してください。
* 用紙の空白部分に和訳者氏名と和訳日を必ず記載してください。

和訳者氏名

アズビル 太郎

和訳日

令和●年●月●日

2. This

この様式は担当医が書き、かつ署名してください。

3. One form for each month, one form for hospitalization, outpatient and home visit.

各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容証明書

1. Name of patient (Last, First)

患者名

kenpo hanako

Age (Date of bieth)

年齢(生年月日)

2003/3/10

Sex (Male, Female)

性別(男・女)

male / female

2. Name of Illness or Injury Preferably with Number of International Classification of Disease for the Use of social Insurance.

傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

Acute pharyngitis ←急性咽頭炎

3. Date of First Diagnosis :

初診日

10 / 5 , 2024

4. Days of Diagnosis and Treatment :

診療日数

3 days

5. Type of Treatment :

治療の分類

☐ Hospitalization :

入院

From

自

20

to

至

20

(

days)

☒ Outpatient or Home Visit :

入院外

10 / 5 , 2024

15 / 5 , 2024

20

13 / 5 , 2024

20

20

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)

症状の概要

cold

←風邪

7. Prescription, Operation any other Treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要

Consultation Fee , injection, medicine

←初診料、注射、薬

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury ?

治療は事故の障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 :

治療実費

200 \$

Form B

様式 B

10. Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所 ※病院の情報欄の和訳は不要です。

Name

氏名 :

Last 姓

First 名

Address

住所 :

Home 自宅

Phone

Office 病院又は診療所

Phone

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