翻訳者

氏名	印
住所 Tel.	

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 social insurance benefit.
   この様式は患者の社会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書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient(home visit) should be filled out.　各月毎、入院･入院外毎に付、この様式1枚が必要です。

Form A
様 式A

Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 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）

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for use of Social Insurance(Please refer tov the attached to this form).
   傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(別紙参照)

   ____________ (No. 　　　　)

3. Date of First Diagnosis: ______ , 20______
   初　診　日

4. Days of Diagnosis and Treatment: ______ days
   診　療　日　数　日間

5. Type of Treatment
   治 療 の 分 類

   ☐ Hospitalization: 入　院　From 自 ______ , ______ to 至 ______ , 20______ (　　　days) 日間

   ☐ Outpatient or Home Visit 入 院 外　From ______ , ______ to ______ , 20______

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 ?　Yes はい ☐　No いいえ ☐
   治療は事故の傷害によるものですか？

9. Itemized Amounts paid to Hospital & / or Attending Physician : Fill in Form B
   項目別治療実費　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 ______

    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 Report (if applicable)
    診 療 録 の 番 号 ______