

**担当医師 又は 病院の方に記入してもらってください。**

**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。

翻訳者

氏明

**大発 太郎**



住所

\*\*\*\*\*,\*\*\*\*\*,\*\*\*\*\*,  
Jalarta, INDONESIA

Tel.

+62-\*\*\*-\*\*\*\*-\*\*\*\*

Form A

**Attending Physician's Statement**

様式A

**診療内容明細書**

下記6・7について翻訳し、  
記入・押印してください。

1. Name of Patient (Last, First) \_\_\_\_\_ Age (Date of Birth) \_\_\_\_\_  
患者名 年齢(生年)

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases (ICD-10) Social Insurance(Please refer to 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: From \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_  
入院 自 至 ( \_\_\_\_\_ days) 日間

Outpatient or Home Visit From \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_  
入院外

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

6. 症状の概要を簡単に  
翻訳してください。

7. Prescription, operation and any other treatments ( in brief ) 処方、手術その他の処置の概要

7. 処置の概要を簡単に

8. 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

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 \_\_\_\_\_