

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

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
傷 病 名

3. Date of First Diagnosis : , , 20
初 診 日 日 月 年
4. Days of Diagnosis and Treatment : days
診 療 日 数 日間
5. Type of Treatment
治療の分類
☐ Hospitalization : From , , 20 to , , 20 (days)
入 院 自 至 (日間)
☐ Outpatient or Home Visit : , , 20 , , 20
入 院 外 , , 20 , , 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 ☐ 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 and / or Attending Physician. :Fill in Form C
医療機関または担当医に支払った医療費の内訳:様式Cによる
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前および住所
Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号
Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話
: Office 病院または診療所 Phone 電話
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