Form A

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 national health insurance benefit.
   この様式は患者の国民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。
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、また入院・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 or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use National Health Insurance (See Attachment)
   傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号(別紙参照) ______ No. ______

3. Date of First Diagnosis 初診日 ： D(日) / M(月) / Y(年) ____/____/____

4. Duration of Treatment 診療日数： ______ days(日)

5. Type of Treatment 治療の分類
   ☐ Hospitalization入院 ：From 自 ___/___/___ ,to 至 ___/___/___ (days(日間))
   ☐ Out patient or Home Visit入院外 ： ___/___/___ ___/___/___
   ___/___/___ ___/___/___

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in details) 症状の概要(できるだけ詳細に)

   ______

   ______

7. Prescription, Operation and Any other treatments (in details) 処方、手術その他の処置の概要(できるだけ詳細に)

   ______

   ______

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 and/or Attending Physician治療実費： Form B 様式B

10. Name and Address of Medical Institution and Attending Physician 医療機関・住所・担当医の名前
    Name of Medical Institution 医療機関名：

    ______

    Address of Medical Institution 医療機関の住所：

    ______ phone電話

    Name of Attending Physician 担当医氏名：
    Last姓 First名 Title称号

    ______

    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 ______