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 disease for the use of National Health Insurance (Refer to the table attached to this form) 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号(附録参照:No. | |
| 3. | Date of First Diagnosis: D / M / Y 初診日 日 / 月 / 年 | |
| 4. | Duration of Treatment:days 診療日数日 | |
| 5. | Type of Treatment 治療の分類 □Hospitalization: From | |
| 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 a 治療は事故の傷害によるものですか。 | n accidental injury? Yesロ Noロ はい いいえ |
| 9. | Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician: Form B 治療実費 様式B | |
| 10. | 担当医の名前及び住所 Name 名前 : Last 姓 First 名 | Title 称号 phone 電話 phone 電話 |
| | Reference Number of | nre 署名 Attending Physician 担当医 your Medical Record (if applicable) |

※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<math>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 and one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎について、この様式 1 枚が必要です。

邦訳 (様式 A)

2. 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

名前:

住所:

電話: