

Form A

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。

One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out.

各月ごと、入院・入院外ごとのこの様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

- 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) _____
- Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of National Health Insurance.
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 _____ (No. _____)
- Date of first Diagnosis : D / M / Y / /
初診日 日 / 月 / 年 / /
- Duration of Treatment : _____ days
初診日数 _____ 日
- Type of Treatment 治療の分類
 Hospitalization : From _____ / _____ / _____, to _____ / _____ / _____ (days)
入院 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (日間)
 Outpatient or Home visit : _____ / _____ / _____ / _____ / _____
入院外 _____ / _____ / _____ / _____ / _____
- Nature and Condition of Illness or Injury(in brief) 治療の概要
- Prescription, Operation and any other Treatments(in brief) 処方、手術その他の処置の概要
- Was the treatment required as a result of an accidental injury ? Yes No
治療は事故の障害によるものですか。 はい いいえ
- Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B
治療実費 様式 B
- 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 Record (if applicable)
診療録の番号 _____

■様式 B 邦訳

2 疾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 記 入 欄	
名 前	印
住 所	電話 _____