

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please certify this form so that the patient may claim National Health Insurance benefits in Japan.
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. Please write down the details of the patient's treatment.
診療内容については、詳細に記載してください。
3. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
4. One copy of this form is required for each month and for each inpatient and outpatient treatment.
各月毎、入院外来毎につき、この様式一枚が必要です。

Form A

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth dd/mm/yyyy) 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 separately attached form)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号(別紙参照)
3. Date of First Diagnosis dd/mm/yyyy ____ / ____ / ____ 初診日 ____ 年 ____ 月 ____ 日
4. Duration of Treatment ____ days 診療日数 ____ 日
5. Type of Treatment 治療の分類
☐ Hospitalization From ____ / ____ / ____ , to ____ / ____ / ____ (____ days)
入院 自 ____ / ____ / ____ , 至 ____ / ____ / ____ (____ 日)
☐ Outpatient or Home Visit ____ / ____ / ____ , ____ / ____ / ____ ,
入院外 ____ / ____ / ____ , ____ / ____ / ____ ,
6. Brief summary of illness or injury 症状の概要
7. Prescription(s), operation(s) and/or any other treatments 処方、手術その他の処置
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
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 _____

Attending Physician 担当医
Date 日付: _____ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____

翻訳（Form A の続紙）

Form A が日本語以外で記載されている場合は必ず下記項目について日本語訳を記載してください。

2. 傷病名
6. 症状の概要
7. 処方、手術、その他の処置

	翻訳者の記入欄
名前	
住所	
電話	