# 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.
   各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

# Attending Physician's Statement
# 診 療 内 容 明 細 書

Form A
様 式 A

1. Name of Patient (Last, First) 患 者 名 _____ Age (Date of birth) 年齢（生年月日） ____ . ____ . ____ Sex (Male・Female) 性別(男・女)

2. Name of Illness or Injury preferablry with the number of International Classiffication of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)
   傷病名及び健康保険保険用国際疾病分類番号
   _____ (No. )

3. Date of First Diagnosis 初 診 日 ____ . ____ . ____

4. Days of Diagnosis and Treatment 診 療 日 数 _____ days 日間

5. Type of Treatment
   治 療 の 分 類

   ☐Hospitalization 入 院 From ___ / ___ / ___ to ___ / ___ / ___ ( days)
   自 至 ( 日間)

   ☐Outpatient or Home Visit 入 院 外 ___ / ___ / ___ . ___ / ___ / ___
   ___ / ___ / ___ . ___ / ___ / ___

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 accidential 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 B
   医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳 :様式Bによる

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 (病院または診療所) Phone

    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