

# FormA Attending Physician's Statement

様式A 診療内容明細書



## Request to Attending Physician 担当医へのお願い

• 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。

• 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.

月別、入院・外来別で、この様式が1枚ずつ必要です。

①Name of Patient(Last,First) 患者名	Sex( Male・Female ) 性別
②Date of birth 生年月日	・
③Date of first Diagnosis 初診日	・
④Days of Diagnosis and Treatment 診療実日数	days
⑤Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification 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用国際疾病分類番号	
(No. )	
⑥Type of Treatment 治療の分類	
<input type="checkbox"/> Outpatient or Home Visit 外来	
_____	
_____	
<input type="checkbox"/> Hospitalization 入院	
From _____ to _____ ( days)	
⑦Nature and Condition of Illness or Injury(in brief) 症状の概要	
_____	
⑧Prescription,Operation and any other Treatments(in brief) 処方、手術その他の処置の概要	
_____	
⑨Was the treatment required as a result of an accidental injury? 事故によるものですか	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
⑩Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician 支払った医療費の内訳	Fill in Form B 様式Bによる
⑪Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所	
Name(Last,First) 氏名 _____	Title 称号 _____
Address 住所 _____	Phone 電話 _____
Office 病院 _____	Phone 電話 _____
Date 日付 _____	Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____
Signature 署名 (Attending Physician 担当医)	
_____	

## ■Request to Attending Physician 担当医へのお願い

## ・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。

## ・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.

月別、入院・外来別で、この様式が1枚ずつ必要です。

①患者名	性別 ( 男・女 )
②生年月日	昭・平・令 年 月 日
③初診日	令和 年 月 日
④診療実日数	計 日間
⑤傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号	
(No. )	
⑥治療の分類	
<input type="checkbox"/> 外来 (診療を受けた日) 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 入院 (診療期間) 年 月 日 から 年 月 日 まで (計 日間)	
⑦症状の概要	
⑧処方、手術その他の処置の概要	
⑨事故によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩支払った医療費の内訳	様式Bによる

翻訳者の 氏名

住所

電話番号