

## 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 social 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書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

## Attending Physician's Statement

Form A

## 診療内容明細書

様式 A

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. Date of First Diagnosis :      /      /  
初診日
  3. Duration of Treatment :      days  
診療日数
  4. Type of Treatment  
治療の分類  
 Hospitalization : From      /      /      to      /      /      (      days)  
入院      自      至      日間  
 Outpatient or Home Visit :      /      /      to      /      /  
入院外
  5. Name of Illness  
傷病名

---

  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 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 : Fill in Form B  
項目別治療実費      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  
Address 住所 : Office 病院又は診療所
- Date 日付 : \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_