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. この様式は患者の社会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・入院外毎に付、この様式 1 枚が必要です。

Form A 様 式 A

Attending Physician's Statement

診療内容明細書 医療機関にご依頼ください

1.	Name of Patient (Last, First)		Age (1	Date of Birtl	n)		Sex		
	患 者 名			年齢(生年月日)				性別	性別(Male·Femal	
2.	Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for use of Social Insurance(Please refer to the table attached to this form). 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号									
3.	Date of First Diag 初 診 日							(No)	
4.	Days of Diagnosis 診療日数	and Treatment	days	3						
5.	Type of Treatment 治療の分類 □Hospitalization		1	/	to	I	1	(days)	
	入 院	自	1	1	至	/	1	(日間)	
	□Outpatient or H	ome Visit	1	1	•	1	1			
	入 院 外		/	/		/	/			
	症状の概要 Prescription, open 処方、手術その他				brief)					
	症状の概要 Prescription, open	ration and any ot			brief)					
7.	症状の概要 Prescription, open 処方、手術その他 Was the treatment	ration and any ot 也の処置の概要	ther treatm	nents (in		□ Y.		No いえ		
7.	症状の概要 Prescription, open 処方、手術その他 Was the treatment	ration and any ot 也の処置の概要 t required as a re 害によるものです paid to Hospital	ther treatm esult of an a か。	nents (in	ıl injury?		Form B			
7. 8. 9.	症状の概要 Prescription, open 処方、手術その他 Was the treatment 治療は事故の傷害 Itemized Amounts	ration and any ot 也の処置の概要 t required as a re 客によるものです paid to Hospital	ther treatmesult of an aか。	nents (in	ıl injury?	はい Fill in F	Form B			
7. 8. 9.	症状の概要 Prescription, open 処方、手術その他 Was the treatment 治療は事故の傷害 Itemized Amounts 項目別治療実費 Name and Address	ration and any ot 也の処置の概要 t required as a re 客によるものです paid to Hospital	ther treatmesult of an aか。	nents (in	ıl injury ? hysician. :	はい Fill in F	Form B	いえ		
7. 8. 9.	症状の概要 Prescription, open 処方、手術その他 Was the treatment 治療は事故の傷害 Itemized Amounts 項目別治療実費 Name and Addres 担当医の名前及	ration and any ot 也の処置の概要 t required as a re 写によるものです paid to Hospital s of Attending Ph び住所	ther treatmesult of an aか。	nents (in accidenta	ıl injury ? hysician. :	はい Fill in F 様式 B	Yorm B による	いえ ⁽ 号)		
7. 8. 9.	症状の概要 Prescription, open 処方、手術その他 処方、手術その他 Was the treatment 治療は事故の傷害 Itemized Amounts 項目別治療実費 Name and Addres 担当医の名前及 Name(名前)	ration and any ot 也の処置の概要 t required as a re 害によるものです paid to Hospital s of Attending Ph び住所 Last(姓)	esult of an aカッ。	nents (in accidenta	nl injury ? hysician. :	はい Fill in F 様式 B	Porm B による Title(称	でいえ (写) (重話)		
7. 8. 9.	症状の概要 Prescription, open 処方、手術その他 処方、手術その他 Was the treatment 治療は事故の傷害 Itemized Amounts 項目別治療実費 Name and Addres 担当医の名前及 Name(名前)	ration and any ot 也の処置の概要 t required as a re 事によるものです paid to Hospital s of Attending Ph び住所 Last(姓) Home(自宅)	ther treatmesult of an aか。 &/ or Attention	nents (in accidenta	nl injury? hysician.:	はい Fill in F 様式 B	Porm B による Title(称 Phone(記	で で で で で で で で で で で で で で う で で う で う		
7. 8. 9.	症状の概要 Prescription, open 処方、手術その他 Was the treatment 治療は事故の傷害 Itemized Amounts 項目別治療実費 Name and Addres 担当医の名前及 Name(名前) Address(住所)	ration and any of 也の処置の概要 t required as a re 唇によるものです paid to Hospital s of Attending Ph び住所 Last(姓) Home(自宅)	ther treatmesult of an aか。 &/ or Attenysician	accidenta ending P	nl injury? hysician.:	はい Fill in F 様式 B	Phone(記ysician (を	() () () () () () () () () ()	pplicable)	