Please see the backside of this form.
裏面も見てください。

Form A

Yaizu

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

1．Name of Patient (Last , First)　Age (Date of Birth) Age〔D／M／Y〕　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　(Please refer to the table attached to this 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　初診日(日/月/年)：D ／ M ／ Y　／　／

4．Duration of Treatment　診療日数(日)：_____ days

5．Type of Treatment　治療の分類

☐ Hospitalization(入院)：From(自)　／　／　, to(至)　／　／　(　　days 日間)

☐ Out patient or Home Visit(入院外)：M ／ Y　／　(　　days)

Day(日)：1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

6．Nature and Condition of Illness or Injury (in detail)　症状の概要（詳細）

7．Prescription , Operation and Any other treatments (in detail)　処方、手術その他の処置の概要（詳細）

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　様式B

10．Name and Address of Attending Physician　担当医の名前及び住所

氏名の翻訳：姓　名　称号
Name 名前：Last　First　Title

Address：Home 自宅　phone 電話
住所

Office 病院又は診療所　phone 電話

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 _____

# ●Form A

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 national health insurance benefit.
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　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 filed out.
各月ごと、入院・入院外ごとに、この様式が必要です。