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。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Form A
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. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the 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（別添社会保険用国際疾病分類表参照）

   _____ (No.)
3. Date of First Visit
   初診日 _____
4. Give Date of Treatment and Type of Treatment Rendered
   治療の期日と治療の分類
   ☐ Out patient (TOTAL days)
   外来（治療日数） _____ , _____ , _____ , _____
   ☐ Home visit (TOTAL days)
   往診（治療日数） _____ , _____ , _____ , _____
   ☐ Date admitted Date discharged
   入院年月日 _____ ～ 退院年月日 _____
5. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
   症状の概要 _____
6. Prescription, Operation and any other Treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要
   ☐ Prescription 処方
   Internal medicines 内服
   Medicine's Name 薬品名 _____ The days of prescription 投与日数 _____ days
   Medicines for external aplication 外用
   Medicine's Name 薬品名 _____ The days of prescription 投与日数 _____ days
   A dose 頓服
   Medicine's Name 薬品名 _____ The days of prescription 投与日数 _____ days

   ☐ Operation
   手術 _____

   ☐ Any other Treatments
   その他の処置 _____
7. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes ☐ (はい) No ☐ (いいえ)
   治療は事故の傷害によるものですか。
8. 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
9. Name and Address of Attending Physician
   担当医の名前及び住所

Name:Last 名前：姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address:Home 住　所：自宅 _____ Phone 電話 _____

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 _____