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記入し、かつ署名してください。
3. **One form for each month and one form for hospitalization /outpatient (home visit) should be filled out.**
   各月毎、入院、入院外毎に付き、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

1. Name of Patient (Last,First) _____
   患 者 名
   Age (Date of Birth) _____ Sex (Male ・ Female)
   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).
   傷病名および社会保険表章用国際疾病分類番号(別添参照) _____ (No.)
3. Date of First Diagnosis: _____ , 20 _____
   初 診 日
4. Day of Diagnosis and Treatment: _____ days
   診 療 日 数 日間
5. Type of Treatment:
   治療の分類
   ☐ Hospitalization: From _____ , 20 _____ to _____ , 20 _____ (days)
   入 院 自 至 (日間)
   ☐ Outpatient or Home Visit: _____ , 20 _____ _____ , 20 _____
   入院外 _____ , 20 _____ _____ , 20 _____
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 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 : Fill in form B
   項目別治療実費 様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician
    担当医の名前および住所

Name 名前 :	Last 姓	First 名	Title 称号
Address 住所 :	Home 自宅		Phone 電話
	Office 病院または診療所		Phone 電話

Date 日付 : _____ Signature 署名 : _____
Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Report (if applicable)
診療所の記録番号 _____