

Form A

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

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 Number
diseases for the use of National Health Insurance

3. Date of First Diagnosis: D / M / Y / /
初診日 日 / 月 / 年 / /

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

5. Type of Treatment
治療の分類

Hospitalization: From _____ , to _____ (days)
入院 自 _____ , 至 _____ (日間)
 Out patient or Home Visit: _____
入院外 _____

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: Form B
治療実費 様式 B

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

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

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

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 Nu diseases for the use of National Health Insura
 病名を確認する。(できるだけ傷病名の記載をお願いします)

3. Date of First Diagnosis: D / M / Y
 初診日 日 / 月 / 年

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

実際に病院を訪れた
日数を記入

5. Type of Treatment
 治療の分類

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

Out patient or Home Visit: _____
 入院外 _____

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

できるだけ詳細をお願いします。

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

できるだけ詳細をお願いします。

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: Form B
 治療実費 様式 B 現地通貨での記入をお願いします

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

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 _____