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 health insurance benefit. この様式は患者の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、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

FormA 様式 A

Attending Physician's Statement 診療内窓明細書

			診 僚 內 谷 明	神書					
1.	Name of patient(Last 患者名	Age(Date of Birth) 年齢(生年月日)				Sex(Male,Female) 性別(男:女)			
2.	2. Name of Illness or Injury preferably with number of International Classification Health Insurance.(Please refer to the table attached to this form.) 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号						n of Diseases for the use of (No.)		
3.	3. Date of First Diagnosis: 初診日								
4.	Days of Disgnosis and 診療日数	d Treatment :							
5.	Type of Treatment }	台療の分類							
	□ Hospitalization: 入院	From		to			(days)		
		自		至			(日間)	日間)	
	☐ Out patient or								
	Home Visit: 入院外	<u> </u>							
6.	Nature and Condition	of Illness or I	Injury(in brief)	症状の概要	至				
7.	Prescription, Operati	on and any ot	her Treatments(i	n brief)	処方、手術そ	の他の措	置の概要		
8.	Was the treatment re 治療は事故の傷害によ		sult of an accide	ntal injury	ィ? Yes はい		o □ いえ		
9.	Itemized amounts pai 医療機関、または担当	d to Hospital 医に支払った医	and /or Attendin 療費の内訳:様コ	ig Physici 式Bによる	an : Fill in I	Form B			
10.	Name and Address of	'Attending Ph	ysician 担当医の	名前及び	住所				
	Name 名前 : <u>La</u>	ıst 性	First 名		Title 称	号			
	Addres 住所 : <u>Ho</u>	ome 自宅			Phone				
	Office 病院又は		Phone 電話						
	Date 日付	Signature 署名							
			Reference Numbe 診療録の番号	er of your			ian 担当医 oplicable)	•	

H24.1.18