Form　Ａ

様式 　Ａ

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.

この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。

1. 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。

1. One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit.

各月毎、入院、入院外毎に付きこの様式１枚が必要です。

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 of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance （See the other side of this form)

　　 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号（裏面参照）

３． Date of First Diagnosis: ,

　 初診日

４． Days of Diagnosis and Treatment: days

　 診療日数

1. 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 ☐

　 治療は事故の障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

Address住所 Ｈome 自宅 Phone

　　　　　Office 病院又は診療所 Phone

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