

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 of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance

傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号

_____ (NO. _____)

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による

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 _____

裏面もご確認ください

注意事項

- ・この様式は担当医に記入してもらい、かつ署名してもらってください。
- ・審査を行うにあたり、とても重要な書類のため、できるだけ詳細に記入していただくようお願いしてください。記入されていない事項は審査対象になりません。
- ・「2.傷病名」「7.処方、手術その他の処置の概要」、は必ず記入してもらってください。
- ・歯科の場合は必ず「7.処方、手術その他の処置の概要」欄等に治療した部位がわかるように記入してもらってください。
- ・1 か月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ、それぞれの医療機関で記入してもら必要があります（院外処方の場合は、医科と薬局のそれぞれ1枚ずつ必要です）。