Form A　（様式Ａ）

**Requests to the Attending Physician　（担当医へのお願い）**

１．Please certify this form so that the patient may claim National Health Insurance benefits in Japan.

この様式は患者の国民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．Please write details of the patient’s treatment.

　　　　診療内容については、詳細に記載してください。

３．This form should be completed and signed by the attending physician.

　　　　この様式は担当医が書き、かつ署名してください。

４．One form is needed for each and every inpatient or outpatient treatment visit.

　　　　各月毎、入院、入院外毎につき、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 disease for the use of National Health Insurance （Please refer to the table attached to this form）

　　　傷病名および国民健康保険用国際疾病分類番号（別紙参照）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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 ：　　 　 ／　　　　　／　 　　　，　to　　 　 ／　　　　　／

　　　　　　　入院外

６．Nature and Condition of Illness or Injury　（in detail）

　　　　症状の概要（詳しく記載してください）

７．Prescription, Operation and Any other treatments　（in detail）

　　　　処方、手術その他の処置の概要（詳しく記載してください）

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