　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Request to Attending Physician　　　　　　　　　　　　　　FormA　[英語版]

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医へのお願い

1.Please fill on this form so that patient may claim the social insurance benefit.  
 この様式は患者の社会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書き、かつ署名して下さい。  
3.Please fill in the description of service other than listed items.  
 ※13.その他の項目には、1～12に該当しない診療内容を記入して下さい。  
4.One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.  
 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

邦訳

診断・症状

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Attending Physician’s Statement

**診療内容明細書**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 翻　訳　者　記　入　欄 |
| 名　前 |  |
| 住　所 | 電話 |

13.その他（項目明記）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name of Patient 患者名 | | Date of Birth 生年月日 | | | Sex 性別 | M　・　F 男　　　女 | |
| Diagnosis　/　Symptoms  　診断　　　　　　症状 | | | | Physical Check-up　健康診断 Immunization　　　　予防接種 Pregnancy in normal condition  　　　　　　　　　　　　正常経過の妊娠 | | | |
| Description of Service 診療内容 | Fee 料金 | | Description of Service 診療内容 | | | | Fee 料金 |
| 1. Days of Diagnosis and Treatments　　　　days   診療日数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日間  Office Visit　外来  　　Initial　初診　 　　　　 　 ,20 |  | | 1. Hospitalization　　　　　　　　　days   入院診療　　　　　　　　　　　　　　　日間  Admission　 入院　　　 　 ,20  Discharge 退院　　　 　 ,20 | | | |  |
| Subsequent  　　　　　　再診　　　　 　　　　 　 ,20 |  | | 9.Operation  　　　手術 | | | |  |
| Subsequent  　　　　　　再診　　　　 　　　　 　 ,20 |  | | Fixation  　　固定 | | | |  |
| Home Visit  　 　　　往診　　　　 　　　　 　 ,20 |  | | Dressing  　　包交 | | | |  |
| 1. Medication  yes　　 no   　投薬 |  | | 1. Anesthesia   　Local　　　Spinal　　　General 　　　　　局部　　　　　 脊椎　　　　　　全身 | | | |  |
| 3. 　injection　　IV Treatment  注射　　　　　　　点滴 　　Pharmacy 薬剤 |  | | 11.Operation / Emergency room  手術室　　　　緊急治療室 | | | |  |
| 1. Laboratory (Specify) 　検査 |  | | 1. Radiology　画像診断 　　　X-ray   レントゲン診断 | | | |  |
| 1. Physiotherapy   　理学療法 |  | | Ultrasound  　　　　超音波検査 | | | |  |
| 6.Medical Supplies  　医療器材 |  | | Nuclear Scan  核医学診断 | | | |  |
| 7.Hospital Visit 　入院時医学管理 |  | | ※ 13.Other  その他 | | | |  |
|  | | | Total Fee 　　合計 | | | | |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office　　医師の氏名及び住所または病院、診療所の名称及び所在地 | |
| Date 　月日 | Physician’s Name 医師の名前 |

申請者の方へ　１.※印（13.その他）に医師の記入がある場合は必ず右側の邦訳部分に和訳を記入して下さい。

２.診断・症状を右側の邦訳部分に記入して下さい。