Form A

海 外 療 養 費

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 Inter national 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

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）
□Outpatient 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 tr eatments（inf brief）
処方、手術その他の処置の概要

8．Was the tr eatment 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 : From B
治療実費　様式 B

10．Name and Address of Attending Physician
担当医の氏名及び住所
Name 氏名　：Last 姓　First 名　Title 称号
Address 住所：Home 自宅　Phone 電話番号
Office 病院又は診療所　Phone 電話番号

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＿＿＿＿＿＿＿＿