

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 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

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 treatments (inf 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 : 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 _____