

Form A

海外療養費

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

- Name of Patient (Last,First) _____ Age (Date of Birth)
患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____
 - 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 _____
 - Date of First Diagnosis:

D	/	M	/	Y
日	/	月	/	年

 _____ / _____ / _____
初診日
 - Duration of Treatment: _____ Days
診療日数 _____ 日
 - 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 _____ / _____ / _____
 - Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要
 - Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
 - 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
 - Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : From B
治療実費 様式 B
 - 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 _____