Form A-1
様式 A-1

Request to Attending Physician ！
担当医へのお願い！

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
   この様式は、社会保険の給付の申請に使用されます。
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. One form for each month, one form for hospitalization / outpatient and home visit.
   各月毎、入院・入院外毎に、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)　患者名	Age (Date of Birth)　年齢（生年月日）	Sex (Male・Female) 性別（男・女）

2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached).　傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号（別紙一覧表を参照）

3. Date of First Diagnosis 初診日：

4. Days of Diagnosis and Treatment　診療日数：　　days

5. Type of Treatment　治療の分類　：

☐ Hospitalization　：　From ＿＿＿＿＿＿ to ＿＿＿＿＿＿ (　　days)
入　　院　　至　　(　　日間)

☐ Outpatient or Home Visit　From ＿＿＿＿＿＿ to ＿＿＿＿＿＿
入 院 外　　至

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)　症状の概要：

7. Prescription, operation and any other treatments (in 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？　治療は事故の障害によるものですか　Yes☐ No☐
はい　いいえ

9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending physician　項目別実費：Fill in Form A-2　様式 A-2による

10. Name and Address of Attending Physician　担当医の名前及び住所

Name 名前　: Last　姓 ＿＿＿＿＿＿　First名 ＿＿＿＿＿＿

Address 住所：Home 自宅 ＿＿＿＿＿＿　Phone ＿＿＿＿＿＿

Office 病院又は診療所 ＿＿＿＿＿＿　Phone ＿＿＿＿＿＿

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 ＿＿＿＿