## Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the national health insurance benefit. この様式は患者の国民健康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記入し、署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out. 月ごと、入院・入院外ごとに、この様式1枚が必要です。

	orm A 式A	Attending 診療	Physic 内 名		State 細	ment 書			
1.	Name of Patient 患者氏名		ate of Birt E年月日)_	h)	æ: 			le·Female) 引・女)	-
2.	Name of Illness or Injury pr National Health Insurance (S 傷病名及び国民健康保険用国際	See the attached	l papers)		ational	l Classifi	cation of	diseases for the u	ıse
3.	Date of First Diagnosis(初診	》目): <u>D(E</u>	1) / M()	1) / 3	7(年)			/	į
4.	Duration of Treatment (診療	· 「 「 「 「 「 「 「 」 「 」 「 」 「 」 「 」 「 」 「 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、 、	-	_days(	日)				
5.	Type of Treatment(治療の分  Hospitalization:From( 入院	自)/	2						•
	Out Patient or Home V	isit:	/_					-	
	入院外						/		
6.	Nature and Condition of Illne 症状の概要	ess or Injury (in	brief)						
7.	Prescription, operation and a 処方、手術その他の処置の概要		ients (in b	rief)					
3.	Was the treatment required 治療は事故の傷害によるもので		an accide	ntal inj	ury?	Yes 口 はい		No □ いいえ	
9.	Itemized amounts paid to H 治療実費	ospital and/o	r Attendi	ng Phy	sician	: Form E 様式B	3		
	Name and Address of Attend 担当医の名前及び住所	ling Physician							
	Name 名前 : Last 女	生	First 名		-	Title	称号		
	Address 住所 :Home f	宅				Phone	電話		
	Office 指	病院又は診療所				Phone	電話		
	Date 日	付:	S	ignatur	e 署名				
							Attendin	ig Physician 担当	医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号

## ■邦 訳 (様式A)

2. 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

		1945	翻	訳	者	記	入	欄		
名										
前										<b>(</b>
	,									
			-						•	 -
住										
所										
					11	<b>2</b> 1	話記	号		