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 social insurance benefit. この様式は患者の社会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書き、かつ署名して下さい。
- 3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。

Form	m A	Attending 診療	Physician' 内容				
様式						C /W 1 E	, ,
	Name of Patient(Las 患者名	t, First)		Age(Date of I 年齢(生年月		Sex (Male·Fe 性別(男・3	
	Name of Illness or In use of Social Insu 傷病名及び社会保険用	rance (Please re	ier to the ta 附録参照)	ble attached			s for
3. I	Date of First Diagnos	is:	(No.) 1			
	初龄日	-		•			
4. ·I	Days of Diagnosis and 診 療 日 数	l Treatment:	days 日間				
5. 1	Type of Treatment 治療の分類						
] Hospitalization: 人際	From自	· to	,	— (days) 日間)	
٤] Outpatient or Home Visit 入院外			,	· ·		
6. N	Nature and Condition 症状の興要	of Illness or Injur	y (in brief)				
_	-						
7.	Prescription, operati 処方、手術その側		treatments (in	brief)			
8.	Was the treatment ii 治療は事故の傷	equired as a resu		ental injury?	Yes 🗌	No □ いいえ	
9.	Itemized Amounts po 項目別治療実費	aid to Hospital & ,	or Attending	Physician.:		B Bによる	
10.	Name and Address o 担当医の名前及で		cian				
	Name 名前 :	Last 姓	····	First 名	Ti	tle 称号	
	Address 住所:	Home 自宅			P	none 征話	
		Office 病院又は診	療所		P	hone 電話	
	Date 日付		Signature	7. X			··-
					Attending Phys	ician 招 当 !	英

Reference Number of your Medical Report (if applicable)

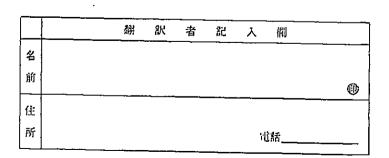
診療録の番号

■邦訳 (A)

2. 傷病名及び社会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





Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic 担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit. この様式は患者の社会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 either the attending physician or the superintendent of a hospital/chinic. この様式は担当医又は病院の事務長がひき、かつ署名して下さい。

3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

4. If not in dollars, please specify the unit used. ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

For: 様式	m B B	Itemized Reco 領収明細書						
(1)	Fee for Initial Office Visit	初診料	<u>s</u>					
(2)	Fee for Follow-up Office Visit	再.診 料	<u>\$</u>					
(3)	Fee for Home Visit	往診料	\$					
(4)	Fee for Hospital Visit	入院管理科	\$					
(5)	Hospitalization	入院 費	<u>\$</u>					
(6)	Consultation	診察 費	<u>\$</u>		•			
(7)	Operation	手 術 費	\$					
(8)	Professional Nursing	職業看護婦費	\$					
(9)	X-Ray Examinations	X線検査費	\$					
(10)	Laboratory Tests	諸検査費	\$					
(11)	Medicines	医薬費	<u>\$</u>					
(12)	Surgical Dressing	包带費	\$	\$\$				
(13)	Anaethetics	麻酔費	\$	Unit is				
(14)	Operating Room Charge	手術室費用	\$	貨幣単位				
(15)	Others (Specify) 70	他 (項目明記)	\$					
(16)	Total	合 計	\$					
Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment i.e., payment for a luxurious room charge. 注 意:高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。								
Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic 担当医又は病院事務長の名前及び住所								
Naı	ne名前:Last 姓	Firs	t 名	Title 称号				
Add	ress 住所:Home 自 宅		Phone	電話				
Offi	ce 病院又は診療所		Phone 電話					

Date:日付 Signature 署 名



■邦訳 (B)

15. その他 (項目明記)

	翻	訳	者	池	人	楜	
名							
ĤŰ							0
ſŀ:							
所					ć	E#	