

Form A
様式 A

- 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。
- 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。
- One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式1枚が必要です。
- Specify the currency unit used.
通貨単位をご記入ください。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
診療内容明細書 (医科)

1. Patient's Name (Surname, Given name) 患者名		2. Patient's Date of Birth 生年月日		3. Patient's Sex 性別 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女	
4. Name of Illness or Injury Preferably with Number of International Classification of Diseases (refer to the attached) 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (付録参照)				5. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要	
(No. _____)					
6. Type of treatment 治療の分類		<input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 From _____ To _____ M: _____ D: _____ Y: _____		give hospitalization days 入院加療の場合の日数 _____ days 日間 M: _____ D: _____ Y: _____	
		<input type="checkbox"/> Out Patient or Home Visit 入院外 From _____ To _____ M: _____ D: _____ Y: _____		Days Required for Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days 日間 M: _____ D: _____ Y: _____	
7. Was the treatment required as a result of _____ 治療は事故の傷害によるものですか。					
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 業務上		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 交通事故	
				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No その他の事故	
8. Itemized Receipt 領収明細書		F e e 治療費		9. Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要	
(1) Initial Office Visit 初診料					
(2) Follow-Up Office Visit 再診料					
(3) Home Visit 往診料					
(4) Hospital Visit 入院管理料					
(5) Hospitalization 入院料					
(6) Consultant 指導料					
(7) Injection, Drip 注射・点滴料					
(8) Medicines 医薬料					
(9) Treatment 処置料					
(10) Operation 手術料					
(11) Anaesthetics 麻酔料					
(12) Laboratory Tests 諸検査料					
(13) X-Ray Examinations X線検査料					
(14) Others (Specify) その他 (特記せよ)					
(15) Tax 税金					
Total 合計					
Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, e.g. payment for 1 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ください。					

Name of Attending Physician
医師の名前

Signature
署名

Name and Address of Hospital or Clinic
医療機関の名称及び所在地

Date
日付

様式A 邦訳（医科）

4 Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of
傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号

5 Nature and Condition of Illness or Injury(in brief)
症状の概要

9 Prescription,operation and any other treatments(in brief)
処方、手術その他の処置の概要

翻訳者記入欄	
氏名	印
住所	
電話	