

Form A

様式 A

- 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.
各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式1枚が必要です。
- 4.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.Patinet'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) (No. _____)				5.Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要	
6.Type of treatment 治療の分類		<input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 give hospitalization days 入院加療の場合の日数 From _____ To _____ M: _____ D: _____ Y: _____ M: _____ D: _____ Y: _____		<input type="checkbox"/> Out Patient or Home Visit 入院外 Days Required for Diagnosis and Treatment 診療日数 From _____ To _____ M: _____ D: _____ Y: _____ 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。					
A. patient's employment 業務上 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		B. an auto accident 交通事故 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		C. other accidents その他の事故 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
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 l uxurious 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 _____