様式　第19号の1

Form A

海 外 療 養 費

Attending Physician's Statemen t
診 療 内 容 明 細 書

1．Name of Patient (Last,First)　　Age(Date of Bir th)　　Sex(Male・female)
患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　年齢(生年月日)＿＿＿＿＿　　性別(男・女)＿＿＿＿＿

2．Name of Illness or Injur y preferably with Number of Inter national Classification of diseases for the use of National Health Insurance
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号

3．Date of First Diagnosis:　D ／ M ／ Y　　＿＿＿／＿＿＿／＿＿＿
初診日　　日 ／ 月 ／ 年　　＿＿＿／＿＿＿／＿＿＿

4．Duration of Treatment: ＿＿＿＿＿ Days
診療日数　　＿＿＿＿＿日

5．Type of Treatment
治療の分類
□ Hospitalization: From ＿／＿／＿／, to ＿／＿／＿＿(　　days)
入院　　自 ＿／＿／＿／　至 ＿／＿／＿＿(　　日間)
□ Outpatient or Home Visit: ＿＿／＿＿／＿＿＿　＿＿／＿＿／＿＿＿
入院外　　＿＿／＿＿／＿＿＿　＿＿／＿＿／＿＿＿

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

7．Prescription, Operation and Any other tr eatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要

8．Was the tr eatment required as a r esult of an accidental injur y ?　Yes □　No □
治療は事故の障害によるものですか。　　はい　いいえ

9．Itemized Amounts paid to Hospital and / or A ttending Physician : From B
治療実費　　様式B

10．Name and A ddress of A ttending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前　：Last 姓　First 名　Title 称号
Address 住所　：Home 自宅　Phone 電話
Office 病院又は診療所　Phone 電話

Date 日付：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　Signature 署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
Attending Physician 担当医
Reference Number of your Medical R ecord (if applicable)
診療録の番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿