

Form A

海外療養費

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1. Name of Patient (Last,First) Age(Date of Birth) Sex(Male・female)
 患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男・女) _____
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International 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 Injury (in brief)
 症状の概要
7. Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)
 処方、手術その他の処置の概要
8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? 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 Attending Physician : From B
 治療実費 様式 B
10. Name and Address of Attending 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 _____	Office 病院又は診療所 _____	Phone 電話 _____
			Phone 電話 _____

Date 日付 : _____ Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
 診療録の番号 _____