Form A
様式 A

1. This from 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. One form for each month, one form for hospitalization／outpatient andhome visit.
(各月毎、入院・入院外毎に付この様式１枚が必要です。)

Attending Physician's Statement
(診 療 内 容 明 細 書)

1. Name of patient (Last, First) (患 者 名) Age (Date of birth) (年令) (生年月日) Sex (Male・Female) (性別) (男・女)

2. Name of Illness (傷 病 名) _____

3. Date of First Diagnosis : (初 診 日) _____, 20____

4. Days of Diagnosis and Treatment : (診 療 日 数) _____days

5. Type of Treatment (治療の分類)
☐Hospitalization : (入 院) From _____, 20____ to_____, 20____ (_____days)
☐Out patient or Home Visit : (入 院 外) _____, 20____ _____, 20____ (_____days)
_____, 20____ _____, 20____ (計 日)

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☐
(治療は事故の傷害によるものですか。)

9. Itemized amounts paid to Hospital and／or Attending Physician : Fill in Form B
(治療実費： 様式Bによる)

10. 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)

Name : (名前) Last (姓) First (名) Title

Address : (住所) Home (自宅) Phone

Office (病院又は診療所) Phone

Date : (日付) _____ Signature (署名) _____

邦　訳

２．傷病名

６．症状の概要

７．処方、手術その他の処置の概要

翻 訳 者 記 入 欄

氏　名

住　所

電話番号