

Form A は診療した海外の医療機関において作成するものとなります。

Form A

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 ([See the other side of this form](#))
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)
 Out patient 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
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
 9. Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form 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 _____ 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 Record (if applicable)
診療録の番号 _____

翻訳用紙 (Form A の続紙)

6 症状の概要

7 処方、手術その他の処置の概要

翻 訳 者 の 記 入 欄	
氏 名	(※)
	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
住 所	
連絡先	(平日、日中の連絡先) — —