- 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、かつ署名してください。
- 3 No.5(Type Of Treatment) should be filled out monthly when hospitalization /outpatient (home visit) extends for two months period. 入院・入院外が次の月にわたる場合は、下記の5に月別に記入してください。

## Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1	Name of patient (Last, F		irst) Age (Date of Birth)			Sex (Male • Female)
	患者名			年齢(生年月日)		性別(男・女)
2	Name of II	lness or Injury	_			_
	傷病名		(日本語訳			)
3	Date of Fin 初診日	rst Diagnosis				
4	Days of Di	iagnosis and Tr	eatment	days		
_	診療日数					
Э	Type of Treatment 治療の分類					
	Hospitalization		Mark the date patient received treatment			( days
	入院		Month 1	<u>2 3 4 5 6</u> 7 18 19 20 21 22	<u>6                                    </u>	
			Month	2 3 4 5 6	7 8 9 10 11 12 13 14	4 15 16
			( )[1]	<u>′ 18 19 20 21 22</u>	2 23 24 25 26 27 28 29 30	0 31 /
	Outpatient or Home Visit Mark the date patient received treatment					( days)
	入院外		Month 1	1 2 3 4 5 6		
			Month 1		<u>2 23 24 25 26 27 28 29 30</u> 3 7 8 9 10 11 12 13 14	
					2 23 24 25 26 27 28 29 30	
6	Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)					
_						
	症状の概要	<del>.</del>				
7	Prescription, operation and any other treatments (in brief)					
	処方、手術その他の処置の概要					
8		reatment requir の傷害によるもの		of an accidental in	ղjury?	
	カ原は争取(	Yes	No			
•		はい	いいえ	/au Attanalina Di	avaiaian v Farma B	
9	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	
	Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名)					
	Address	住所				
	Phone	電話				
	Date	日付				
	Signature	(Attending Ph	ysician)			
	Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号					
*	本様式は、浴なお、本様式	毎外での医科受診 は「様式B」(領収	の場合、「診療幸」 【明細書)とセット	B酬領収済明細書(B で使用してください。	医科)」に代えて診療内容明細書	 として使用できます。