DÀNH CHO BÁC SĨ (NGƯỜI PHỤ TRÁCH ĐIỀU TRỊ) ĐIỀN

医師（療養担当者）記入用

Đề nghị bác sĩ điều trị
担当医へのお願い

1. Vui lòng điền vào biểu mẫu này để bệnh nhân có thể yêu cầu quyền lợi bảo hiểm y tế.
   この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. Bác sĩ điều trị cần điền và ký vào biểu mẫu này.
   この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. Cần điền 1 biểu mẫu cho mỗi tháng và cho mỗi lần nhập viện khám/khám ngoài viện (khám tại nhà)
   各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。

Biểu mẫu A
様式 A

Chứng nhận nội dung điều trị
診療内容明細書

1. Tên bệnh nhân (Họ, Tên) Giới tính
   患者名_____ 性別 Nam/Nữ
   Ngày sinh(Ngày/tháng/năm) Số hồ sơ khám bệnh 診療録番号
   生年月日____.____._____ _____
2. Tên bệnh tật hoặc thương tích và Mã số phân loại bệnh quốc tế dành cho bảo hiểm y tế. (Vui lòng tham khảo bảng đính kèm theo biểu mẫu này.)
   傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (Số.)
   _____
3. Ngày khám bệnh lần đầu (Ngày/tháng/năm)
   初診日_____
4. Số ngày khám bệnh/điều trị
   診療日数_____ngày
5. Loại điều trị
   治療の分類 (Ngày/tháng/năm)

□ Nhập viện khám Từ / / đến / / (ngày)
入院 自 / / 至 / / (日間)

□ Khám ngoài viện hoặc khám tại nhà / / . / /
入院外 / / . / /

6. Khái quát về bệnh tật hoặc thương tật (tóm tắt)
   病状の概要
   _____
7. Đơn thuốc, phẫu thuật và bất kỳ điều trị nào khác (tóm tắt)
   処方、手術その他の処置の概要
   _____
8. Có phải là điều trị chấn thương do tai nạn không? □Có □Không
   治療は事故の傷害によるものですか？
9. Chi tiết chi phí y tế đã trả cho bệnh viện và/hoặc bác sĩ điều trị: Vui lòng điền vào Biểu mẫu B
   医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式 B による

THÔNG TIN BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ 担当医情報欄

Tên cơ sở y tế:(医療機関名)_____
Địa chỉ:(住所)_____
Tên bác sĩ:(担当医名) Chức danh:(称号)
_____
Chữ ký:(署名) Điện thoại:(電話)
_____ Ngày điền:(作成年月日) . .

様式 A　　邦訳

2. 傷病名および健康保険用国際疾病分類番号

6. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名　　印

電話