

主治医师填写文件  
担当医へのお願い

1. 本文件是患者申请健康保险时的必要证明文件, 请您填写。  
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. 这份文件需要主治医师填写, 附带签名。  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. 本文件按照每月一次或者门诊, 住院来划分, 各需要填写此文件一份。  
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。

表格 A  
様式 A诊疗内容明细  
診療内容明細書

1. 患者姓名	性別
患者名 _____	性別 男 ・ 女
出生日期 (日 / 月 / 年)	病历号码 診療録番号
生年月日 _____	_____
2. 疾病名称或者国际疾病分类编号 (请参考本表附带的国际疾病分类编号表) 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (No. _____)	
_____	
3. 初诊日 (日 / 月 / 年) 初診日 _____	
4. 就诊天数 診療日数 _____ 天	
5. 治疗种类 治療の分類 (日 / 月 / 年)	
<input type="checkbox"/> 住院	从 _____ / _____ / _____ 到 _____ / _____ / _____ ( _____ 日)
入院	自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ ( _____ 日間)
<input type="checkbox"/> 门诊(住院以外的诊疗)	_____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____
入院外	_____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____
6. 症状概要(简要) 病状の概要	
_____	
7. 处方, 手术治疗或者其他治疗方法(简要) 処方、手術その他の処置の概要	
_____	
8. 是否由于意外事故而产生的治疗? _____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 治療は事故の傷害によるものですか?	
9. 支付给医疗机构或者主治医师的医疗费用明细: 请填写表格 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	
主治医师信息栏 担当医情報欄	
医疗机构名称: (医療機関名)	
_____	
地址: (住所)	
_____	
主治医师姓名: (担当医名)	主治医师职称: (称号)
_____	_____
签名: (署名)	电话: (電話)
_____	_____
表格填写日期: (作成年月日)	
_____	

2. 傷病名及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

---