

Solicitud al Médico Tratante

担当医へのお願い

- Favor de llenar este formulario para que el paciente pueda reclamar los beneficios del seguro médico.
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。
- Este formulario debe ser completado y firmado por el médico tratante.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- Se debe completar el formulario para cada mes, cada hospitalización o ambulatorio.
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。

Formulario A
様式 ADeclaración Médica
診療内容明細書

1. Nombre del Paciente (Apellido, Nombre)

患者名 _____

Fecha de Nacimiento (D / M / A)

生年月日 _____

Sexo

性別

Masculino · Femenino

Número de Registro Médico 診療録番号

2. Nombre de la Lesión y la Enfermedad y Número de Clasificación Internacional de Enfermedades para el Seguro Médico.
-
- (Por favor vean tabla adjunta a este formulario)

傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (No. _____)

3. Fecha de la Visita Inicial (D / M / A)

初診日 _____

4. Número de Días de Visitas

診療日数 _____ días

5. Tipo de Tratamiento

治療の分類 (D / M / A)

Hospitalización Desde _____ / _____ / _____ Hasta _____ / _____ / _____ (_____ días)
入院 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (_____ 日間)

Visita Ambulatoria o Domiciliaria _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____
入院外 _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____

6. Síntoma de la Enfermedad o Lesión (en resumen)

病状の概要

7. Prescripción, Operación y Cualquier Otro Tratamiento (en resumen)

処方、手術その他の処置の概要

8. ¿Es un tratamiento para lesión del accidente? _____
-
- Sí
-
- No

治療は事故の傷害によるものですか？

9. Desglose de Gastos Médicos Pagados al Hospital o al Médico Tratante: Favor de llenar el Formulario 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

INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE 担当医情報欄

Nombre de la Institución Médica: (医療機関名)

Dirección: (住所)

Nombre del Médico Tratante: (担当医名)

Título: (称号)

Firma: (署名)

Teléfono: (電話)

Fecha de Creación: (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
