

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (PRESTADOR DE SERVIÇO DE SAÚDE)

医師(療養担当者)記入用

Solicitação ao Médico Responsável

担当医へのお願い

- Favor preencher este formulário para que o paciente possa solicitar os benefícios do seguro de saúde.  
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 formulário deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- Deve ser preenchido um formulário para cada mês e um para internação, ambulatório, etc.  
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。

Formulário A  
様式 A

Declaração Médico Assistente  
診療内容明細書

1. Nome de paciente (Sobrenome, Nome)

患者名 \_\_\_\_\_

Sexo

性別

Masculino • Feminino

Data de nascimento (Dia / Mês / Ano)

生年月日 \_\_\_\_\_

Número de Registro Médico 診療録番号

2. Nome da Lesão ou Doença e a Número de Classificação Internacional de Doença Para Seguro de Saúde.  
(Consulte a tabela anexa a este formulário.)

傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (No. \_\_\_\_\_)

3. Data da Primeira Consulta (Dia / Mês / Ano)

初診日 \_\_\_\_\_

4. Dias de consulta

診療日数 \_\_\_\_\_ dias

5. Tipo de Tratamento

治療の分類 (Dia / Mês / Ano)

☐ Internação De \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Até \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ dias)  
入院 自 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 日間)

☐ Ambulatório \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
入院外 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

6. Natureza da Doença ou Lesão (em resumo)

病状の概要

7. Prescrição de Medicamentos, Operação e Outros Tratamentos (em resumo)

処方、手術その他の処置の概要

8. É um Tratamento Devido a Lesão de Acidente? \_\_\_\_\_ ☐ Sim ☐ Não

治療は事故の傷害によるものですか?

9. Descrição de Valores Pagos ao Hospital ou Médico Responsável: Preencha o Formulário 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

INFORMAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL 担当医情報欄

Nome da Instituição Médica: (医療機関名)

Endereço: (住所)

Nome do Médico Responsável: (担当医名)

Título: (称号)

Assinatura: (署名)

Telefone: (電話)

Data de Emissão: (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 \_\_\_\_\_