

AGREEMENT BETWEEN THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES AND JAPAN ON SOCIAL SECURITY

社会保障に関するフィリピン共和国と日本国との間の協定

MEDICAL REPORT FOR THE COMPETENT INSTITUTION OF THE PHILIPPINES

フィリピンの実施機関に提出する医療診断書

Reference number of the Philippines
フィリピンの照会番号

I. INFORMATION ON THE MEMBER / 被保険者に関する情報																					
A. Name 氏名	in Roman letters / ローマ字 in Katakana letters / カタカナ																				
B. Sex 性別	☐ Male / 男性 ☐ Female / 女性																				
C. Date of Birth 生年月日	(Y/M/D 年/月/日) (/ /)																				
D. SSS Number / GSIS BP Number フィリピンにおける社会保障番号 (SSS/ GSIS)	SSS Number フィリピンにおける社会保障番号 (SSS) <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> GSIS BP Number フィリピンにおける社会保障番号 (GSIS) <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
E. Address 住所																					

II. THE DOCTOR WHO PREPARED THIS REPORT / この診断書を作成した医師	
A. Name 氏名	
B. Address 住所	

III. MEDICAL ADVISORY / 医療上の意見

Based on the examination carried out on (Y/M/D 年/月/日)

判断基準とした診断日 (/ /)

Medical background

病歴

Main complaints

主な症状

Pertinent Physical Examination (PE) Findings and Diagnosis

適切な身体検査 (PE) の所見と診断

Ongoing treatment

現在受けている治療

Socio-professional background

社会的活動及び職業活動の経歴

Is the person concerned currently engaged in a professional activity? / 該当者は職業活動を実際に行っていますか

☐ Yes はい☐ No いいえ

Type of activity / 活動の種類: _____ Number of hours / 時間数: _____

☐ Work accident

労災

☐ Occupational disease

職業病

☐ Yes はい☐ No いいえ

Type of activity lastly carried out / 最後に行った活動の種類

Incapacity of work / 就労不能 ☐ Since その状態になった日 (Y/M/D 年/月/日)

(/ /)

Work stoppage / 休職 ☐ Since その状態になった日 (Y/M/D 年/月/日)

(/ /)

Invalidity, for the last activity, is / 最後に行った活動に対する障害

☐ total 全体☐ partial 部分的

If partial, please specify the level of disability

部分的な場合の障害の程度を記入してください

The invalidity / 記載された障害の状態

☐ is permanent since (/ /) 以来恒常的☐ is temporary from (/ /) から to (/ /) まで一時的

Is an improvement in the health status of the person concerned possible? / 該当者の健康状態の改善は可能ですか

☐ Yes はい☐ No いいえ☐ No answer 回答なし

Is a re-examination necessary? / 再診察が必要ですか

☐ Yes はい☐ No いいえ

Date of medical examination 診察日

(Y/M/D 年/月/日)

(/ /)

Signature / 医師の署名