

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1 Name of patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male•Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)

2 Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び国民健康保険用国際分類番号(別紙参照)

3 Date of First Diagnosis
初診日

4 Days of Diagnosis and Treatment days
診療日数 日

5 Type of Treatment
治療の分類

Hospitalization From _____, to _____ (days)
入院 自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)

Outpatient or Home Visit _____, _____,
入院外 _____, _____,
年 月 日、 年 月 日、
年 月 日、 年 月 日

6 Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)

症状の概要

7 Prescription, operation and any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要

8 Was the treatment required as result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9 Itemized amounts paid to Hospital and /or Attending Physician : Form B
治療実費 様式 B

10 Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前: Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所: Home 自宅 Phone 電話

Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付: Signature 署名
Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号

邦訳

2. 傷病名

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

名前:

住所:

電話: