

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 National Health Insurance
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号

3. Date of First Diagnosis : D / M / Y / / /
初診日 日 / 月 / 年 / / /

4. Duration of Treatment : _____ days
診療日数 _____ 日

5. Type of Treatment
治療の分類
Hospitalization : From / / , to / / (days)
入院 自 / / 至 / / (日間)
Out patient or Home Visit : / / / /
入院外 / / / /

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 a result of an accidental injury ? Yes No
治療は事故の障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 Medial Record (if applicable)
診療録の番号 _____