

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 (See the other side of this form)
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 _____

翻訳 (様式Aの続紙)

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名前	<div>印</div>
住所	電話