

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 _____