

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 _____