

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 _____