

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 of 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 | | |
| | <input type="checkbox"/> Hospitalization : | From _____, to _____ | (_____ days) |
| | 入院 | 自 _____ 至 _____ | (_____ 日間) |
| | <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |
| | 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 _____ | | |

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
氏 名	(※)
	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
住 所	
連絡先	(平日、日中の連絡先) — —