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:
4.	Duration of Treatment:days 診療日数日
5.	Type of Treatment 治療の分類 □ Hospitalization: From
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 : <u>Last姓 First名 Title 称号</u>
	Address住所 : <u>Home</u> 自宅 <u>phone電話</u>
	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
(*)
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
(平日、日中の連絡先)