

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 (別表参照)

3. Date of First Diagnosis: D / M / Y / /

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: _____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

6. Nature and Condition of 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 _____