

様式第31号(第18条関係)

Form A

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
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 _____