

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 the Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance (See the attached paper)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 (別紙参照)
3. Date of First Diagnosis: _____ D/ _____ M/ _____ Y
初診日 _____ 日 _____ 月 _____ 年
4. Days Diagnosis and Treatment: _____ days
診療日数 _____ 日間
5. Type of Treatment
治療の分類
- Hospitalization: From _____ / _____ / _____, to _____ / _____ / _____ (_____ days)
入院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間)
- Outpatient 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
治療は事故の障害によるものですか。 はい いいえ
9. Itemized Amounts paid to Hospital and/ or Attending Physician : Fill in Form B.
項目別治療実費 _____ 様式Bに記入
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 病院または診療所 _____ 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 _____

通訳者 住所 _____

氏名 _____ 電話番号 _____