

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 _____

3. Date of First Diagnosis : D / M / Y _____
 初診日 日 / 月 / 年 _____

4. Duration of Treatment : _____ days
 診療日数日 _____ 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 or FormC
 治療実費 様式Bまたは様式C

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 _____