

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 _____