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	yo	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 accompanying list) 傷病名およ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 : 初診日	D / M / Y/ 日 / 月 / 年/				
4.	Duration of Treatment :	days 日				
5.	Type of Treatment 治療の分類		(days) (日間) 			
6.	Nature and Condition of Illness or 症状の概要	Injury (in brief)				
7.	Prescription, Operation and Any ot 処方、手術その他の処置の概要	her treatments (in brief)				
8.	Was the treatment required as a res 治療は事故の傷害によるものです。		No□ いいえ			
9.	Itemized Amounts paid to Hospital 治療実費	and/or Attending Physician : Form B 様式B				
10.	Name and Address of Attending Ph 担当医の名前及び住所	iysician				
	Name 名前 : <u>Last 姓</u>	First 名	Title 称号			
	Address 住所 : <u>Home 自</u> 写	È	phone 電話			
	Office 病	完又は診療所	phone 電話			
	Date 日付:	日付: Signature 署名				
	Attending Physician Reference Number of your Medical Record (if applicable					

診療録の番号_____

翻訳 (様式Aの続紙)

6. 症状の概要		
7. 処方、手術その他の処置の概要		

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名前	
住所	電話