

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last , First)	Age (Date of Birth)
患者名 _____	年齢（生年月日）_____
 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 （No. _____）	
 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 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	