

FormA

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 _____