

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

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 _____