

Form A (様式 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 National Health Insurance (See the Table of International Classification of Diseases)
 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号(別紙 国際疾病分類表参照)

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)
 Outpatient 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

治療は事故の損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 に記入)

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 _____

※「6.症状の概要」及び「7.処方、手術その他の処置の概要」について、詳細資料がある場合は、日本語訳と供して添付してください。