

様式 A

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

- 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) _____
- 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(裏面参照)
- Date of First Diagnosis: D / M / Y / /
初診日 日 / 月 / 年 / /
- Duration of Treatment: _____ days
診療日数 日
- 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 / /
- Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要
- Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
- 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
- Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B
治療実費 様式B
- 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 _____

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	⑩
住 所	電話