

Form 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 of 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 _____