Attending Physician's Statement

診療内容明細書

	Name of Patient (Last , First)	Age (Date of B	11 (11)	Sex(I)	Iale · Fen	nale)	
	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 long-term care Insurance (See the other side of this form) 傷病名及び後期高齢者医療制度用国際疾病分類番号						
	Date of First Diagnosis: D / 初診日 日	´M / Y 月 / 年	/	/ /	_		
	Duration of Treatment: 診療日数	days					
	Type of Treatment 治療の分類						
	\square Hospitalization: From	/ /	, to	/	/	(days)
	入院自		—— ,至			(日間)
	□Out patient or Home Vi	sit:/		/	/	_	
	入院外			/	/		
	Operation and Any other trea 処方、手術その他の処置の概要		_		red for M	edicatio	on.
	処方、手術その他の処置の概要 Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもので	。投薬は別に処力 s a result of an a すか。	方箋を添付のこ。	と。 y? Yesロ はい	red for Mo Noロ いいえ	edicatio	on.
	処方、手術その他の処置の概要 Was the treatment required as	。投薬は別に処力 s a result of an a すか。	方箋を添付のこ。	と。 y? Yesロ はい	No□	edicatio	on.
	処方、手術その他の処置の概要 Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもので Itemized Amounts paid to Hos	。投薬は別に処力 s a result of an a すか。 pital and/or Atte	方箋を添付のこ。	と。 y? Yesロ はい un:Form B	No□	edicatio	on.
	処方、手術その他の処置の概要 Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもので Itemized Amounts paid to Hos 治療実費 Name and Address of Attendin	。投薬は別に処力 s a result of an a すか。 pital and/or Atte ng Physician	方箋を添付のこ。	と。 y? Yes□ はい un:Form B 様式B	No□		on.
	処方、手術その他の処置の概要 Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもので Itemized Amounts paid to Hos 治療実費 Name and Address of Attendir 担当医の名前及び住所	。投薬は別に処元 s a result of an a すか。 pital and/or Atte ng Physician	r 方箋を添付のこ。 ccidental injury ending Physicia	と。 y? Yes□ はい un:Form B 様式B	No□ いいえ	<u>1</u> 7	on.
	処方、手術その他の処置の概要 Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもので Itemized Amounts paid to Hos 治療実費 Name and Address of Attendin 担当医の名前及び住所 Name 名前 : Last 契 Address 住所 : Home is	。投薬は別に処元 s a result of an a すか。 pital and/or Atte ng Physician	r 方箋を添付のこ。 ccidental injury ending Physicia	y? Yesロ はい in:Form B 様式B	No□ いいえ Title 称号	元	on.
	処方、手術その他の処置の概要 Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもので Itemized Amounts paid to Hos 治療実費 Name and Address of Attendin 担当医の名前及び住所 Name 名前 : Last 契 Address 住所 : Home is	。投薬は別に処力 s a result of an a すか。 pital and/or Atte ng Physician E 国宅 病院又は診療所	r 方箋を添付のこ。 ccidental injury ending Physicia	y? Yesロ はい in:Form B 様式B	No□ いいえ Title 称号 phone 電	元	on.
	処方、手術その他の処置の概要 Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもので Itemized Amounts paid to Hos 治療実費 Name and Address of Attendin 担当医の名前及び住所 Name 名前 : Last 女 Address 住所 : Home is Office is	。投薬は別に処力 s a result of an a すか。 pital and/or Atte ng Physician E 国宅 病院又は診療所	r b箋を添付のこ。 ccidental injury ending Physicia First 名	y? Yesロ はい in:Form B 様式B	No□ いいえ Title 称号 phone 電詞	分 話話	on.
•	処方、手術その他の処置の概要 Was the treatment required as 治療は事故の傷害によるもので Itemized Amounts paid to Hos 治療実費 Name and Address of Attendin 担当医の名前及び住所 Name 名前 : Last 女 Address 住所 : Home is Office is	。投薬は別に処力 s a result of an a すか。 pital and/or Atte ng Physician E 国宅 病院又は診療所 Signa	r b箋を添付のこ。 ccidental injury ending Physicia First 名	y? Yesロ はい n: Form B 様式B	No□ いいえ Title 称写 phone 電詞 ohone 電詞	計 話 話 E 当 医	