

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 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 _____

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. Operation and Any other treatments (in brief) Separate receipt required for Medication.

処方、手術その他の処置の概要。投薬は別に処方箋を添付のこと。

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 _____