Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1.	Name of Patient (Last, First) 患者名	• •	•	*	
2.	Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of 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(別紙参照)				
3.	Date of First Diagnosis:	/ M / Y 月 / 年	/ /		
4.	Duration of Treatment: 診療日数日	days			
5.	治療の分類 Hospitalization: From 入院 自 Out patient or Home Visit:_	/至	/ /	(日間) —)
6.	Nature and Condition of Illness 症状の概要	or Injury (in brief)			
7.	Prescription, Operation and Any 処方、手術その他の処置の概要	other treatments (in	brief)		
8.	Was the treatment required as a 治療は事故の傷害によるものです		tal injury?	Yes はい	No 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 Pl 担当医の名前及び住所 Name名前 : <u>Last姓</u> Address住所 : <u>Home自宅</u> Office病	· First名	ph	itle 称号 one電話 one電話	
	Date日付:		Attending Physici	an 切出匠	
		Reference Number of	your Medical Rec		plicable)

邦訳

- 2. 傷病名
- 6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

名前: 住所:

電話: