## **Attending Physician s Statement**

## 診療内容明細書

1.	Name of Patient (Last , First) 患者名		Sex(Male・Female) 性別(男・女)	
2.	Name of Illness or Injury prefediseases for the use National He傷病名及び国民健康保険用国際疾病	ealth Insurance (See th		
3.	Date of First Diagnosis: 初診日	D / M / Y 日 / 月 / 年		
4.	Duration of Treatment: 診療日数	days 日		
5.	Type of Treatment 治療の分類 □Hospitalization: From 入院 自 □Out patient or Home Visit 入院外		(	days) 日間)
6.	Nature and Condition of Illness 症状の概要	or Injury (in brief)		
7.	Prescription , Operation and Ang 処方、手術その他の処置の概要	y 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か		l injury ? Yes□ No□ はい いいえ	
9.	Itemized Amounts paid to Hospita 治療実費	al and/or Attending Phy	sician : Form B 様式B	
10.	Name and Address of Attending Pl 担当医の名前及び住所			
		First 名	Title 称号	
	Address 住所 : <u>Home 自宅</u>			
	Office 病院	又は診療所	phone 電話	
	Date 日付 :	Signature 署名		
			Attending Physician	担当医
			f your Medical Record (if applie	cable)
		章 (京)	H	

翻言	尺(様	式Aの続	紙)				
6.	症状の	概要					
					18		
7.	処方、	手術その	他の処置の	の概要			
			N.				
		¥					

, i

	翻	訳	者	の	記	入	欄	
名								
名前				~-				(EI)
住								
所			1	話				