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 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
	例的 G X O 自民 E X 体 X / I 自然 X / M / J X B - J
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 <u>/ / </u>
	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
	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 : <u>Home 自宅 phone 電話</u> Office 病院又は診療所 phone 電話
	Ottoo MANY 19 的MALI
	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