

Form A

Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 書

- 1 Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____
- 2 Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance
傷病名及び国民健康保険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 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
- 9 Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician: From 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 _____