Form A

様式 A 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

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 : form B
治療実費 様式 B

10 Name and Address of Atteding 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＿＿＿＿＿＿＿＿