

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 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: 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 : 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 \_\_\_\_\_

■ 邦訳(A)

2. 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者記入欄	
名前	印
住所	電話