F	or	m	Α

Attending Physician's Statement

		診療	内 容	明	細書			
1.	Name of Patient	(Last,First)	Age (Data of	Birth)	Se	x (Male • Fen	nale)	
	患者名		_ 年齢(生年月日)		性別(男・女)	
2.	Name of Illness	or Injury prefer	rably with Nun	nber of	International	Classification	on	
	of diseases for th	ne use of Nat	ional Health Ir	surance				
	傷病名及び国民健康	保険用国際疾病分類	頁番号					
3.	Date of First Di	agnosis : <u>D</u> /	M / Y	/	/			
	初診日	_ 日 /	/ 月 / 年	/	/	_		
4.	Duration of Treatm	nent :da	ays					
	診療日数	目						
5.	Type of Treatment							
	治療の分類							
	Hospitalization:	From/		/	/ (days)		
	入院	自/	/ 至	/	/ (日間)		
	Out patient	or Home Visit : _	/ /		/	/		
	入院外	_	/ /		/	/		
6.	Nature and Conditi 症状の概要	on of Illness	or Injury (in b	orief)				
7.	Prescription, Operatio 処方、手術その他の	•	ther treatments (in brief)				
8.	Was the treatment	required as a	result of an	accident	tal 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	l and / or Atter	nding Phy	ysician : Form	n В		
	治療実費				;	様式Β		
10.	Name and Address of	Attenting Physician						
	担当医の名前及び住	:所						
	Name 名前	Last 姓	First	名	T	itle 称号		
	Address 住所 <u>Home</u> 自宅				Phone 電話			
	<u>(</u>	Office 病院又は診療	所		P	hone 電話		
	Date 日付:		Signat	ıre 署名				
						Attending	Physician 担当图	
						1 Itterianing	Physician 12=12	
			Reference Nu	nber of	your Med		(if applicable)	