Attending Physician's Statement 診療内容明細書

Name of Illness of diseases for	the use of	National	Health					
傷病名及び国民	民健康保険用国際	際疾病分類	番号					
Date of First I 初診日	Diagnosis :			<u>Y</u> 年			,	
Duration of Tre 診療日数	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	da	ys					
Type of Treatm 治療の分類	ent							
□Hospitalizatio					/	/	(days)
入院		/ ,		至	/	/	_ (日間)
□Out patient 入院外	or Home V	isit :	/	/		<u>/</u>	/	 -
Nature and Cor 症状の概要	ndition of Ill	ness or	Injury ((in brief))			
Prescription, Ope	eration and A D他の処置の概要		r treatm	nents (in	brief)			
CA, TMICO								
Was the treatm	nent required 傷害によるもので		esult of	an acci	idental	injury?	Yes□ はい	
Was the treatm	傷害によるもので	ごすか。					はい orm B	
Was the treatm 治療は事故の修 Itemized Amount	傷害によるもので ts paid to F ress of Atten	ごすか。 Hospital :	and/or			ician : F	はい orm B	
Was the treatm 治療は事故の値 Itemized Amound 治療実費 Name and Addi 担当医の名前及び	傷害によるもので ts paid to F ress of Atten び住所	ごすか。 Hospital :	and∕or ysician	Attendin	g Phys:	ician:Fi 様式	はい orm B	いいえ
Was the treatm 治療は事故の値 Itemized Amount 治療実費 Name and Addn 担当医の名前及び Name名前	傷害によるもので ts paid to F ress of Atten び住所	ごすか。 Hospital : ding Phy	and∕or ysician Firstá	Attendin	g Phys.	ician:Fi 様式 Title 看	はい orm B DB 称号	いいえ
Was the treatm 治療は事故の値 Itemized Amount 治療実費 Name and Addn 担当医の名前及で Name名前	傷害によるもので ts paid to F ress of Atten ド住所 : <u>Last姓</u>	ですか。 Hospital ding Phy	and/or ysician Firstá	Attending	g Phys:	ician:Fi 様式 Title 看	はい orm B SB <u></u> <u></u>	いいえ
Was the treatm 治療は事故の例 Itemized Amount 治療実費 Name and Addn 担当医の名前及で Name名前 Address住所	傷害によるもので ts paid to F ress of Atten が住所 : <u>Last姓</u> : <u>Home</u> 自宅 <u>Office病院又</u>	ですか。 Hospital : ding Phy	and∕or ysician First≨	Attending	g Phys:	ician:F 様式 <u>Title</u> 和 phone	はい orm B SB <u></u> <u></u>	いいえ
Was the treatm 治療は事故の値 Itemized Amount 治療実費 Name and Adda 担当医の名前及で Name名前 Address住所	傷害によるもので ts paid to F ress of Atten バ住所 : <u>Last姓</u> : <u>Home自宅</u>	ですか。 Hospital : ding Phy	and∕or ysician First≨	Attending 3 署名	g Phys:	ician:Fi 様式 Title 和 phone phone	はい orm B SB <u></u> <u></u>	いいえ

6	症状の概要
7	処方、手術その他の処置の概要

	翻訳者の記入欄
氏 名	(**)
	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
住 所	
連絡先	(平日、日中の連絡先)