

Form A

Attending Physician's Statement

診 療 内 容 明 細 書

1. Name of Patient(Last, First) Age (Date of Birth) Sex
<患者名> <年齢(生年月日)> <性別> (Male・Female)

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<初診日> : / /

4. Duration of Treatment<診療日数> : _____days

5. Type of Treatment<治療の分類>

□Hospitalization<入院> : From / / , to / /

□Outpatient 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か> はい いいえ

9. Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Fill in Form B
<医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳> 様式Bによる

10. Name and Address of Attending Physician<担当医の名前及び病院の住所>

Name <担当医名> : _____

Address <住所> : Office <病院> _____

Phone <電話> : Office <病院> _____

Date <日付> : _____ Signature <署名> : _____

Attending Physician(担当医)

Reference Number of Medical Record (if applicable) <診療録の番号> _____