Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1.	Name of Patient(Last, First) 患者名	Age(Date of B 年齢(生年月日)		Male・Female) (男・女)
2. of	Name of Illness or Injury pr f diseases for the use of Nat 傷病名及び国民健康保険用国際疾	ional Health Insura	nce(See the other s	
3.	Date of First Diagnosis: 初診日	D / M / 目 / 月 /	Y / 年 /	/
4.	Duration of Treatment: 診療日数 日	days		
5.	Type of Treatment 治療の分類			
	□ Hospitalization: From 入院 自	/ / , t	zo / / 至 / /	(days) (日間)
	□ Out patient or Home V 入院外	Tisit: / /	/	<u>/</u>
6.	Nature and Condition of Illr 症状の概要	ness or Injury (in b	orief)	
7.	Prescription, Operation and 処方、手術その他の処置の概要	Any other treatment	nts (in brief)	
3.	Was the treatment required 治療は事故の傷害によるものですか			Yes□ No□ はい いいえ
9.	Itemized Amounts paid to H 治療実費	[ospital and/or Att		Form B 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 病院又向	は診療所	phone 電話	
	Date 日付:	Sig	nature 署名	
	F	Reference Number c 診療録の番	of your Medical Reco	Physician 担当医 ord(if applicable)