Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1.		Age (Date of Birth) 年齢(生年月日)		Sex (Male・Female) 性別(男・女)			
2.	Name of Illness or diseases for the us 傷病名及び国民健康化	e National H	lealth Insura	nse (See			
3.	Date of First Diagn 初診日		O / M / 日 / 月 /	/ Y / 年		/	- -
4.	Duration of Treatme 診療日数	ent:	days 日				
5.	Type of Treatment 治療の分類 □ Hospitalizat 入院 □ Out patient 入院外	自 	/ /	,to 至		(days (日間 /	
6.	Nature and Conditio 症状の概要	on of Illness	or Injury (in brief)			
7.	Prescription, Opera 処方、手術その他の例		other treat	ments (ir	n brief)		,
8.	Was the treatment r 治療は事故の傷害に。			n accider	ntal injury ?	Yes□ はい	No□ いいえ
9.	Itemized Amounts pa 治療実費	id to Hospia	l and∕or At	tending F	Physician : For 様式		
ιο.	Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所						
	Name 名前	: Last 姓	Fire	st 名	Title 7	<u> </u>	
	Address 住所			•	Phone 1		
		Office 病院	定又は診療所		Phone 1	電話	<u> </u>
	Date 日付: Signature 署名 Attending Physician 担当						
		Refe			Medical Record		
			氰	診療録の番	ラ		