Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1.	Name of Patient(Last,First) 患者名	Age(Date of Birth) 年齢(生年月日)	Sex(Male·Female) 性別(男·女)	
2.	Name of Illness or Injury prefers for the use National Health Insu 傷病名及び国民健康保険用国	rance(See the other side of	fthis form)	ses
3.	Date of First Diagnosis: 初診日	D / M / \ 日/月/生	<u>/</u>	/
4.	Duration of Treatment: 診療日数	days B		
5.	Type of Treatment 治療の分類 □ Hospitalization: From_ 入院 自 _ □ Out patient or Home Vis 入院外	/ / / / sit: / /	, to <u>//</u> ,至 <u>//</u> /	(days) (日間) <u>/</u>
6.	Nature and Condition of Illness 症状の概要	or Injury (in brief)		
7.	Prescription, Operation and An 処方、手術その他の処置の概要)	
8.	Was the treatment required as a 治療は自己の傷害によるもので		y? Yes□ No□ はい いいえ	
9.	Itemized Amounts paid to Ho 治療実費	spital and/or Attending I	Physician : From B 様式B	
10.	Name and Address of Attend 担当医の名前及び住所 Name 名前 : <u>Last 姓</u> Address 住所 : <u>Home 自</u> 写 <u>Office病院</u> Date 日付:	First 名 S 又は診療所	phone電話 phone電話	
		Reference Number	Attending Phys of your Medical Record(診療録の番号	