Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1 . Name of Patient (Last, Firs 患者名	_	Sex (Male·Female) 性別(男・女)
2 . Name of Illness or Injury diseases for the use of Long 傷病名及び後期高齢者医療制	-	ne attach documents)
3 . Date of First Diagnosis : 初診日	D /_M /_Y 日 / 月 / 年	
4 . Duration of Treatment: 診療日数	days 日	
入院 自	/ / , to / / / 至 / /isit: / /	(日間)
6 . Nature and Condition of Il 症状の概要	lness or Injury (in brief)	
7 . Prescription, Operation and 処方、手術その他の処置の概		orief)
8 . Was the treatment required 治療は事故の傷害によるもの		ntal injury? Yes No はい いいえ
9 . Itemized Amounts paid to 治療実費	Hospital and / or Attending	Physician: Form B 様式B
Address 住所 : Home 自宅	First 名	phone 電話
Date 日付:Re	Signature 署名 eference Number of your Me 診療録の番号	* * *

翻訳 (様式 A の続紙)

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
名前	
住	
所	電話