Attending Physician's Statement

診療内容明細書

1	.Name of Patient (Last 患者名	, ,	•	•	e・Female) 男・女)	
2	. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use National Health Insurance (See the other side of this form) 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号					
3	.Date of First Diagnosi 初診日		M / Y 月 / 年	/ /		
4	.Duration of Treatment 診療日数	:	_ days _ 日			
5	入院	lome Visit :	<u>/</u> /,至	Ē <u>/ /</u>	(days) 日間)
6	.Nature and Condition o 症状の概要	f Illness or Injury	(in brief)			
7	.Prescription , Operati 処方、手術その他の処置	•	reatments (in I	brief)		
8	.Was the treatment requ 治療は事故の傷害による		fan accidenta	I injury ? Yes はい	No いいえ	
9).Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B 治療実費 様式B					
10	.Name and Address of At 担当医の名前及び住所	tending Physician				
	Name 名前 : <u>La</u>	st 姓	First 名	Title	称号	
	Address 住所 : Ho					
	Office 病院又は			phone		
	Date 日付 :	Sigr	nature 署名			
		Refei		f your Medical Reco		cable)
	診療録の番号					