Ｆｏｒｍ Ａ

Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 書

1．Name Of Patient（Last，First） Age（Date Of Birth） Sex（Male・Female）
患者名________________ 年齢（生年月日）________________ 性別（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）
疾病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号（裏面参照）

3．Date of First Diagnosis： D ／ M ／ Y ____／____／____
初診日 日 ／ 月 ／ 年 ____／____／____

4．Duration of Treatment：__________days
診療日数 __________日

5．Type of Treatment
治療の分類
□Hospitalization： From____／____／____ ，to____／____／____（ days）
入院 自 ____／____／____ ，至____／____／____（ 日間）
□Out patient or Home Visit：____／____／____ ____／____／____
入院外 ____／____／____ ____／____／____

6．Nature and Condition of Illness or Injury（in brief）
症状の概要

7．Prescription, Operation and Any other treatments（in brief）
処方、手術その他の処置の概要

8．Was the treatment required as a result of an accidental injury？ Yes□ No□
治療は事故の傷害によるものですか。 はい 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 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病院又は診療所 Phone電話

Date日付：________________ Signature署名________________
Attending Physician 担当医
Reference Number of your Medical Record （if applicable）
診療録の番号________________