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
	傷病名及び国際疾病分類番号
3	Date of First Diagnosis: D / M / Y
	初診日
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 <u>/ / _ / 至 / _ (</u> 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
1.0	治療実費様式B
10	9 ,
	担当医の名前及び住所
	Name 名前 : <u>Last 姓 First 名 Title 称号</u> Address 住所 : Home 自宅 Phone 電話
	0ffice 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

※日本語の翻訳文を添付してください。翻訳文には、必ず翻訳者の氏名及び住所を記載してくだ さい。