

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

【1】

Name of Patient〈患者名〉 _____

Age (Date of Birth) 〈生年月日〉 _____

Sex〈性別〉 _____

Male

Female

【2】

Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance (See other side of this form)

A sickness and wound name〈傷病名〉 _____

Number of Number of International Classification of diseases for the use of National Health Insurance 〈国民健康保険用国際疾病分類番号〉 _____

【3】

Type of Treatment〈治療の分類〉 _____

Hospitalization(入院) ・ Out patient or Home visit(外来)

Duration of Treatment〈診療日数〉 _____

(年月)

Month: _____

Year: _____

(日数)

Duration: _____

days

Date(Mark the day when a patient visited your medical institution.) 〈診療日〉

_____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 _____

【4】

Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 〈症状の概要〉 _____

【5】

Prescription, operation and any other treatments (in brief) 〈処方、手術その他の処置の概要〉 _____

【6】

Was the treatment required as a result of an accidental injury? 〈治療は事故の傷害によるものですか?〉

Yes

No

【7】

Amounts paid to Hospital 〈治療実費〉 ※Please fill in Form B with the details.

【8】

Name and Address of Attending Physician 〈担当医の名前および住所〉

Name 〈名前〉 _____

Name of medical institution 〈医療機関名〉 _____

Address of of medical institution 〈医療機関住所〉 _____

Date 〈日付〉 _____

Signature 〈署名〉 _____

Reference numbers of your Medical Record (if applicable) 〈診療録の番号〉 _____

診療内容明細書

【1】
患者名 _____

生年月日 _____ 受診時の年齢 _____ 歳

性別 _____ 男 . _____ 女

【2】
傷病名および国民健康保険用疾病分類番号

傷病名 _____

国民健康保険用疾病分類番号 _____

【3】
治療の分類 _____ 入院 . _____ 外来

診療年月 (年月) _____ 年 _____ 月

(日数) _____ 日

診療日 (マルをつけてください)

_____ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

【4】
症状の概要

【5】
処方、手術その他の処置の概要

【6】
治療は事故の傷害によるものですか? _____ はい . _____ いいえ

【7】
治療実費(領収明細書にご記入ください。なお、その他の項目がある場合は和訳をしてください。)

【8】
担当医の名前および住所

名前 _____

医療機関名 _____

医療機関住所 _____

診療録の番号 _____

記入日 _____

翻訳者氏名 _____

翻訳者連絡先 _____

電話番号 _____