

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 _____