Attending Physician's Statement

診療内容明細書

		_			Sex(Male • Female) 性別(男 • 女)		
2 Name of Illness of diseases for the use 傷病名及び国民健康	se of Nationa	al Health In	surance (Se				
3 Date of First Diag 初診日	nosis <u>: D</u> <u>日</u>	/ M .	/ Y / 年	· · · ·	/		
4 Duration of Treatm 診療日数	ent:	days 日					
5 Type of Treatment 治療の分類 □ Hospitalization : 入院	From/_	/	, to 至	/ /	(days) 日間)	
□ Out patient or Ho 入院外	me Visit <u>: </u>	/	/		/ /	,	
6 Nature and Conditi 症状の概要 7 Prescription, Opera 処方、手術その他の	ation and Ar			(in brief)			
8 Was the treatment 治療は事故の障害に	こよるものです	か。			はい	No□ いいえ	
9 Itemized Amounts 治療実費	paid to Hosp	oitai and/o	r Attendin	g Priysician :	様式 B		
10 Name and Address 担当医の名前及び信		g Physician					
Name名前: ₋	Last 姓	Fire	st 名	title ₹	你号		
Address住所: ₋	Home 自宅			phone	電話		
-	Office 病院又	なは診療所		phone	電話		
Date 日付 <u>:</u>		Sig	nature 署名				
				Atten	ding Physici	an担当医	
Reference Number of your Medical Record(if applicable) 診療録の番号							
			101年	ぬいぼり			