Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1.	Name of Patient (Las 患者名					
2.	Name of Illness or diseases for the use I 傷病名及び国民健康保険	National Health				
3.	Date of First Diagnosi 初診日	s : <u>D /</u> <u>H /</u>		/ /		
4.	Duration of Treatment 診療日数日	:	days			
5.	Type of Treatment 治療の分類					
	□Hospitalization 入院 □Out patient or H	İ	<u> </u>		/	
	入院外	:	/ /		/	
6.	Nature and Condition 症状の概要	of Illness or	Injury (in brief)			
7.	Prescription, Operation 処方、手術その他の処置		treatments (in	brief)		
8.	Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes□ No□ 治療は事故の障害によるものですか。 はい いいえ					
9.	Itemized Amounts paid 治療実費	to Hospital a	nd/or Attending	Physician :	form B 様式B	
10.	Name and Address of A 担当医の名前及び住所	Attending Physi	cian			
	Name 名前	: Last 姓	First 名	Titl	le 称号	
	Address 住所	: Home 自宅			ne 電 話	
		: Office 病院又に	は診療所	Pho	ne 電話	
	Date 日付:		Signature 署 ź			
		D 6	NT 1 0		ding Physicia	
			Number of you ②療録の番号	ir Medical R	ecora (11 a	applicable)