Form A

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 for the use of National Health Insurance
   傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号(裏面参照)_____
3. Date of First Diagnosis : D / M / Y ____/____/____
   初 診 日 日 / 月 / 年 ____/____/____
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 ____/____/____ 至 ____/____/____ (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 ☐
   治療は事故の障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
   治 療 実 費 様 式 B
10. Name and Address of Attending Physician
    担当医の名前及び住所
    Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号
    Address 住所 : Home (自宅) phone (電話)
    Office (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 _____

S842301