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　(See the attached paper)

　　　　　傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号（別紙参照）

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□

　　　　　治療は事故の傷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

翻訳用紙（FormＡの続紙）

|  |
| --- |
| ６　症状の概要  ７　処方、手術その他の処置の概要 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 翻訳者の記入欄 |
| 氏　名 | （※） |
| （※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |
| 住　所 |  |
| 連絡先 | （平日、日中の連絡先）  　　　　　　－　　　　　　　－ |