

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 Long-term Care Insurance (See the attach documents)
傷病名及び後期高齢者医療制度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 _____