## Attending Physician's Statement

## 診療内容明細書

1.	Name of Patient (Last, First) 患者名	Age (Date of Birth) 年齢(生年月日)		Sex(Male・Female) 性別(男・女)	
2.	Name of Illness or Injury pro Diseases 傷病名及び国際疾病分類番号	eferably with Number o	of International	Classification of	
3.	Date of First Diagnosis: 初診日	D / M / Y   日 / 月 / 年	/ /		
4.	Duration of Treatment: 診療日数	days 目			
5.	Type of Treatment 治療の分類 □Hospitalization: From 入院 自 □Out Patient or Home 入院外			( days) ( 日間)	
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 require 治療は事故の傷害によるものです		accidental injury	y? Yes□ No□ はい いいえ	
9.	Itemized Amounts paid to 治療実費	Hospital and/or Atter	nding Physician 様式 I		
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 : <u>Home</u>	白 <i>孛</i>		e 電話	
		ニアナー アントニ人・エニア		ie 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				

※日本語の翻訳文を添付しなければ、申請を受理できない場合があります。 (翻訳文には、必ず翻訳者の氏名及び住所を記載してください。)