

Attending Physician's Statement

後期高齢者医療診療内容明細書

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
傷病名及び国際疾病分類番号
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 _____

※日本語の翻訳文を添付しなければ、申請を受理することはできません。
(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。)