第15号の(11)様式(第21条関係)

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

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？
治療は事故の傷害によるものですか。 Yes☐ No☐
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＿＿＿＿＿＿＿＿