Form A

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1.	. Name of Patient (Last, First) Ag 患者名 年		Sex (Male·Female) 性別 (男・女)		
2.	. Name of Illness or Injury prefer of diseases for the use of Nationa 傷病名及び国民健康保険用国際疾病分	l Health Insurance			
3.	Date of First Diagnosis: D 初診日 月 /	<u>/ M / Y</u> / 月 / 年			
4.	Duration of Treatment:日	days			
5.	治療の分類 □Hospitalization: From/	至		(days) (日間) 	
6.	. Nature and Condition of Illness o 症状の概要	r Injury (in brief)			
7.	. Prescription, Operation and Any ot 処方、手術その他の処置の概要	ther treatments (in	brief)		
8.	. Was the treatment required as a 治療は事故の傷害によるものですか。	result of an accid		Yes□ No□ はい いいえ	
9.	. Itemized Amounts paid to Hospital 治療実費	and/or Attending	Physician: form 様式B	В	
0.	. Name and Address of Attending F 担当医の名前及び住所 Name名前 : <u>Last姓</u> Address住所 : <u>Home</u> 自宅 <u>Office病院又は</u> 記	First名	Title 1 phone phone	電話	
	Date 日付:Referen	Signature署名 nce Number of you 診療録の番号	Attending ur Medical Recor	Physician担当医 d (if applicable)	

翻訳 (様式A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	
名			•						
前	1.							Ņ.	(P)
住			-						
所				· F	話				•