

様式第 15 号の(11) (第 15 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? 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 _____