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 prefera	oly with Number of Internationa	l Classifica	ation of Diseases	for the us	se of Social
	Insurance (See the other side of th	is form)				
	傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(裏面参照)					
3.	Date of First Diagnosis: 初診日	, <u>20</u>				
4.	Days of Diagnosis and Treatment 診療日数	days				
5.	Type of Treatment					
	治療の分類					
	☐ Hospitalization: From	, <u>20</u> to		, <u>20</u>	(days)
	入 院 自	至			(日間)
	\square Outpatient or Home Visit:			, <u>20</u>		
	入 院 外			, 20		
6.	Nature of Condition of Illness or	Injury(in brief)				
	症状の概要					
7.	Prescription, operation and any ot 処方、手術その他の処置の概要					
8.	Was the treatment required as a		$\mathrm{Yes} \square$	No□		
	治療は事故の傷害によるものです		はい	いいえ		
9.	Itemized amounts paid to Hospit	al and/or Attending Physician				
	治療実費		様式 B			
10.	8	Physician				
	担当医の名前及び住所					
		First 名				
	Address 住所 : <u>Home 自宅</u>					
	Office 病院又	は診療所		Phone		
	Date 日付 :	Signature 署名	:			
			Attendir	ng Physician 担当		
		Reference	e Number of your Medical Record (if applicable)			
		診り	寮録の番号:			