様式第17号の1(第12条関係)

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
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てください。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。