Attending Physician's Statement

診療内容明細書

	_	Sex(Male・Female) 性別(男・女)	
Name of Illness or Injury pr Diseases 傷病名及び国際疾病分類番号	referably with Number	of International Class	sification of
Date of First Diagnosis: 初診日	D / M / Y 日 / 月 / 年	/ /	
Duration of Treatment: _ 診療日数	days 日		
治療の分類 □Hospitalization: From_ 入院 自_			(days) (日間)
Nature and Condition of 症状の概要	Illness or Injury (in b	orief)	
Prescription, Operation and 処方、手術その他の処置の概要		(in brief)	
_		* *	s□ No□ いいえ
Itemized Amounts paid to 治療実費	Hospital and/or Atter	nding Physician : Fo 様式 B	rm B
Name and Address of A 担当医の名前及び住所	ttending Physician		
Name 名前 : <u>Last 如</u>	生 First 名	Title 称号	
Address 住所 : <u>Home</u>	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			
Re	⇒ 本内 ○ 乗口		
	思者名 Name of Illness or Injury proposes (の	Name of Illness or Injury preferably with Number Diseases 傷病名及び国際疾病分類番号 Date of First Diagnosis: D M Y 目 月 年	Rafe

※日本語の翻訳文を添付しなければ、申請を受理できない場合があります。 (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。)