

様式 A

- ### ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

診療内容明細書（医科）

Name of Attending Physician
医師の名称

Signature
署名

Name and Address of Hospital or Clinic
医療機関の名称及び所在地

Date
日付

様式A 邦訳

4 Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号

5 Nature and Condition of Illness or Injury(in brief)
症状の概要

9 Prescription,operation and any other treatments(in brief)
処方、手術その他の処置の概要

翻訳者記入欄	
氏名	
住所	
電話	