

# 診療内容明細書

## 日本語翻訳文

- 患者名 \_\_\_\_\_  
年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )  
性別 男 ・ 女
- 傷病名  
国民健康保険国際疾病分類番号 \_\_\_\_\_
- 初診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 診療日数 \_\_\_\_\_ 日
- 治療の分類 入院 ・ 外来  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで( \_\_\_\_\_ 日間)
- 症状の概要
- 処方、手術その他の処置の概要
- 治療は事故の傷害によるものですか。 はい ・ いいえ
- 治療実費 様式B
- 担当医の名前及び住所  
名前 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号 \_\_\_\_\_  
住所 自宅 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
病院又は診療所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
診療録の番号 \_\_\_\_\_

翻訳文翻訳者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

翻訳日 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日