

診療内容明細書翻訳

1. 患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____ 性別 男・女

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (別添社会保険用国際疾病分類表参照)

3. 初診日 _____

4. 診療分類 _____ 診療日数 _____

入院 年 月 日 ~ 年 月 日

入院外 年 月 日 年 月 日 (日)

5. 症状の概要

6. 処方・手術・その他の処置の概要

薬品名 (内服) _____ 投与日数 _____ 日

薬品名 (外用) _____ 投与日数 _____ 日

薬品名 (頓服) _____ 投与日数 _____ 日

手術 _____

その他の処置 _____

7. 治療は事故の傷害によるものですか? (あてはまる方に○) はい・いいえ

8. 様式Bの(15)の翻訳 (かかけ記入)

9. 担当医の名前及び住所 (かかけ記入)

名前 姓 _____ 名 _____

住所 自宅 _____ 電話 _____

病院又は診療所

_____ 電話 _____

10. 訳した方の住所・氏名・印

住所 _____

氏名 _____ 印 _____