

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 吉岡 勲 81 年齢 (生年月日) (1942年3月15日) 性別 (男 · 女) 男

2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use National Health Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号
発作性心房細動;駆出率が維持された心不全;拡張した上行腹動脈瘤;下肢の表面血栓症;起立性低血圧;院内感染による肺炎;肋骨骨折;肺高血圧症;慢性閉塞性肺疾患

3. Date of First Diagnosis : D / M / Y
初診日 日 / 月 / 年 2023年 / 8月 / 21日

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 2023年 / 8月 / 21日 , 至 2023年 / 9月 / 15日 (26 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
発作性心房細動;駆出率が維持された心不全;拡張した上行腹動脈瘤;下肢の表面血栓症;起立性低血圧;院内感染による肺炎;肋骨骨折;肺高血圧症;慢性閉塞性肺疾患

7. Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
XRAY、検査室、肺臓検査室、心臓血管検査室、理学療法およびリハビリテーション、CTスキャン、緊急医療、糖尿病・栄養管理

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes □ No [X]
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
転倒による肋骨骨折

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 パラゾ First 名 アンジェレタレオン Title 称号 医学博士
Address 住所 : Home 自宅 phone 電話
Office 病院又は診療所 クラーク医療センター phone 電話

Date 日付 : _____ Signature 署名 ANGELENE TALEON PARAZO, MD
Attending Physician
LIMARIEL RACANI M.D.
Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____