

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 年齢 (生年月日) 81(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 耳の出血

3. Date of First Diagnosis : D / M / Y
初診日 日 / 月 / 年 2023年 / 10月 / 4日

4. Duration of Treatment : days
診療日数 1 日

5. Type of Treatment
治療の分類
□Hospitalization : From / / , to / / ( days)
入院 自 / / , 至 / / ( 日間)
☑Out patient or Home Visit 2023年 / 10月 / 4日
入院外 / / / /

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要 両耳の擦過傷による左耳の出血

7. Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
吸引による耳の掃除
アプロシン ソル、左耳に一日三滴、7日間

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes □ No ☑
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B
治療実費 10,000ペソ 様式B

FRANCIS T. CHAN, M.D.
Lic. No.: 098857
PTR No.: AC-0893081
S2 No.:

10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 チャン First 名 フランシス・T Title 称号 医学博士
Address 住所 : Home 自宅 phone 電話
Office 病院又は診療所 耳鼻咽喉科-頭頸部外科クリニック phone 電話
ユニット4、メイビル#2444 St.エンティエロ
アンヘレス市、フィリピン、パンパンガ州
Date 日付 : Signature 署名

Attending Physician 担当医
Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号