

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 _____ 年齢 (生年月日) _____ 性別 (男 • 女) _____

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

(1 4 0 2) E S R D (I C D 1 0 : N 1 8 6)

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

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 : _____
 入院外 _____

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)

症状の概要

General Condition Stable

7. Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要

血液透析 時間

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 TWD\$10,000.

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 王 First 名 盈堂 Title 称号 院長
 Address 住所 : Home 自宅 台北市大同區南京西路406號9樓 phone 電話 02-25527156
 Office 病院又は診療所 同上 phone 電話 同上

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 _____