

诊疗内容详细清单

診療内容明細書

1. 患者姓名 年龄 (出生年月日) 性别(男·女)  
患者名 \_\_\_\_\_ 年齢 (生年月日) \_\_\_\_\_ 性別 (男·女) \_\_\_\_\_

2. 疾病名称及国名健康保险用国际疾病分类番号  
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号

3. 初诊日 \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 年  
初診日 \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 年

4. 诊疗天数 \_\_\_\_\_ 天  
診療日数 \_\_\_\_\_ 日

5. 治疗分类  
治療の分類  
 住院 自 \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 年, 至 \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 年 ( \_\_\_\_\_ 天)  
入院 自 \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 年, 至 \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 年 ( \_\_\_\_\_ 日間)  
 门诊 :  
入院外 \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 年

6. 病情概要  
症状の概要

7. 处方, 手术及其他处置概要  
処方、手術その他の処置の概要

8. 治疗原因是否为因事故而受伤? 是 不是  
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. 治理时的实际花费 : 表格 B  
治療実費 様式 B

10. 主治医师的姓名及地址  
担当医の名前及び住所  
姓名 名前 : \_\_\_\_\_ 称号 称号  
地址 住所 : 家 自宅 \_\_\_\_\_ 电话 電話  
医院或诊所 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 电话 電話

日期 日付 : \_\_\_\_\_ 署名 署名 \_\_\_\_\_ 主治医师 担当医

病历番号 \_\_\_\_\_  
診療録の番号 \_\_\_\_\_