ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT（入院・手術証明書（診断書））

TO CONSUMER CO-OPERATIVE OF MINISTRY OF DEFENSE

※ **Please write in English**

1. Patient's name（氏名） Clinical record card No.（カルテ番号）( )	☐Male（男） ☐Female（女）	Patient's date of birth（生年月日） / / (M) (D) (Y)
2. Name of sickness or injury（傷病名） (1).Name of sickness or injury for hospitalization（入院（手術）原因傷病名）		Inception date of sickness or injury(Physician's estimate) (医師推定　傷病発生年月日) / / (M) (D) (Y)
(2).Cause of above sickness or injury（上記の原因）		/ / (M) (D) (Y)
(3).Complications（合併症）		/ / (M) (D) (Y)

3. Treatment term（治療期間）　First medical Consultation（初診）:from / / (M) (D) (Y) to / / (M) (D) (Y)　☐ Final Consultation（終診）　☐ Under Treatment（加療中）

4. Period of Hospitalization（入院期間）

1st hospitalization（第1回目入院）	Date admitted（入院）:from / / (M) (D) (Y) to / / (M) (D) (Y)	☐ Discharged（退院） ☐ Inpatient（入院中）
2nd hospitalization（第2回目入院）	Date admitted（入院）:from / / (M) (D) (Y) to / / (M) (D) (Y)	☐ Discharged（退院） ☐ Inpatient（入院中）
3rd hospitalization（第3回目入院）	Date admitted（入院）:from / / (M) (D) (Y) to / / (M) (D) (Y)	☐ Discharged（退院） ☐ Inpatient（入院中）

5. Was the patient introduced or previously seen by another physician?(If any)(前医・紹介医)
Name of sickness or injury（病名）

Name of medical institution and physician（医療機関・医師名）

Treatment term（治療期間）From / / (M) (D) (Y) to / / (M) (D) (Y)

6. Previous sickness(If any)（既往症・持病）
Name of illness, treatment term and any other pertinent information
（病名・治療期間等）

7. Condition of sickness or injury from when you first noticed the symptoms to the first medical consultation（発症(受傷)から初診までの経過）
(Please indicate when and how the symptoms first appeared)（いつからどのような症状があったか。）

Diagnosis at the time of first consultation and progress thereafter（初診時の所見及びその後の経過）
(Please give details of the examination and treatment)（検査・治療状況の詳細）

8. Circle should be described on type of surgery（手術の種類に○印を付けて下さい。）

（1） Craniotomy（開頭術）　（2） Thoracotomy（開胸術）　（3） Laparotomy（開腹術）

（4） Surgery using a fiberscope or catheter（ファイバースコープまたはカテーテルによる手術）　（5） Others（その他）

Name of surgery or operation　Include percutaneous surgery(TAE etc.), drainage, shunting （手術名/経皮的手術　経カテーテル動脈塞栓術等、ドレナージ、シャント含む）	Date of surgery （手術日）
①	/ / (M) (D) (Y)
②	/ / (M) (D) (Y)
③	/ / (M) (D) (Y)

The statements contained above are true and complete to the best of my knowledge and belief.（上記のとおり証明します。）

Name of hospital（病院名）

Address of hospital（所在地）

Date / / (M) (D) (Y)

Signature of attending physician（主治医の署名）