帳票番号　93505

By your side, for life
DAI-ICHI LIFE
Dai-ichi Life Group

Please write in English
※日本語で証明が可能な場合は、日本語で証明をお願いいたします。

To DAI-ICHI LIFE（第一生命あて）　〈海外用〉

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT（入院証明書兼診断書）

NOTE: If you make any corrections, please write your signature as proof.

Patient's name（患者氏名） Clinical record card No（カルテ番号）	□M.（男） □F.（女）	Patient's date of birth（生年月日） ／　／ (M)　(D)　(Y)
Name of sickness or injury for hospitalization（入院の原因となった傷病名）		Inception date of sickness or injury（Physician's estimate） （医師推定　傷病発生年月日） ／　／ (M)　(D)　(Y)
Cause of above sickness or injury（上記の原因）		Inception date of sickness or injury（Physician's estimate） （医師推定　傷病発生年月日） ／　／ (M)　(D)　(Y)

Previous sickness (If any) （既　往　症）	name of illness, treatment term and any other pertinent information（病名・治療期間等）	Was the patient introduced or previously seen by another physician? (If any) （前医・紹介医）	Name of physician（医師名） Name of medical institution（医療機関名）

Treatment term （治療期間）	First medical Consultation（初診） ／　／ (M)　(D)　(Y)		
		Date admitted（入院）	Date discharged（退院）	Presently under treatment（現在治療中）
	1st hospitalization （第1回目入院）	／　／ (M)　(D)　(Y)	／　／ (M)　(D)　(Y)	(　／　／　) (M)　(D)　(Y)
	2nd hospitalization （第2回目入院）	／　／ (M)　(D)　(Y)	／　／ (M)　(D)　(Y)	(　／　／　) (M)　(D)　(Y)

Condition of sickness from when you first noticed the symptoms to the first medical consultation（発病から初診までの経過）
(Please indicate when and how the symptoms first appeared)（いつ頃からどのような症状があったか記入してください）

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

Circle should be described on type of surgery（手術の種類：開頭/開胸/開腹/ファイバースコープまたはカテーテルの手術/その他）
(1) Craniotomy　(2) Thoracotomy　(3) Laparotomy　(4) Surgery using a fiberscope or catheter　(5) Other

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） ／　／ (M)　(D)　(Y)

Radiotherapy (if any) （根治放射線照射）	Where?（部位）	Period（期間） M　D　Y　～M　D　Y	Quantity in total（総線量） Gy

[for malignant neoplasm] When pathological findings(biopsy) shows the definitive diagnosis, the doctor should describe below.

Final pathological finding, histological finding （最終病理学的所見 組織学的所見）	Positive / Negative（陽性・陰性）	When positive（陽性と判明した日） ／　／ (M)　(D)　(Y)	Circle should be described on （上皮内癌または浸潤癌を選択） 1)Carcinoma in situ 2) invasive cancer

The date when the diagnosis was confirmed（診断が確定された日）　M　D　Y

The date when the diagnosis was informed（診断名が通知された日　患者に/家族に　どういう診断名を伝えたか）
to the patient (M　D　Y　) as having (　　) to the family (M　D　Y　) as having (　　)

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）

Date　(M)　／　(D)　／　(Y)

Address of hospital（病院住所）

Signature of attending physician（主治医の署名）