

様式A

和訳

1.患者名

\_\_\_\_\_

4.傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

\_\_\_\_\_ ( 番)

6.症状の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.処方、手術その他の処置の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

翻訳者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

Ⓔ

\_\_\_\_\_

電話

\_\_\_\_\_