［４］診断書（Medical Certificate）

（filled by attendant doctor）

患者氏名 _____ **性別** _____ **年齢** _____
Patient's name　　sex　　age

診断名
Diagnosis

症状出現日 _____ **初診日**_____
Date of first symptom　(DD/MM/YYYY)　Date of first consultation　(DD/MM/YYYY)

治療日 **from** _____ **to** _____
Date of Services (Outpatient)　(DD/MM/YYYY)　(DD/MM/YYYY)

入院 **from** _____ **to** _____
Date of Services (Inpatient)　(DD/MM/YYYY)　(DD/MM/YYYY)

手術名_____
Name of surgical operation

他の疾病の影響はありますか ☐**YES** _____ ☐**NO**
Any other diseases or infirmity affecting present condition? If yes, please describe:

治療歴がありますか ☐**YES** _____ ☐**NO**
Any treatment for this symptom before? If yes please give us date(DD/MM/YYYY)

歯科疾病、妊娠、出産、流産及びそれらに起因する病気ですか。
☐**YES** ☐**NO**
Dental、pregnancy、delivery、miscarriage or sickness caused by these?

慢性病の継続治療、健康診断或いは予防接種ですか。
☐**YES** ☐**NO**
Continuous treatment for chronic disease，regular medical examination or vaccination?

作成日 _____
Date　(DD/MM/YYYY)

病院名
Name of hospital

医師署名 _____
Doctor's signature