

Form A

邦訳別紙

2, 傷病名及び後期高齢者医療制度用国際疾病分類番号 (Form D 参照)

傷病名

No.

6, 症状の概要

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

7, 処方, 手術その他の処置の概要

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

翻訳者

住所

<hr/> <hr/>

氏名

印

※署名または記名・押印

電話番号

<hr/>
