

2. 傷病名及び後期高齢者医療制度用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者の記入欄	
名前	
住所	電話

翻 訳 （様式 B） ※各月毎、入院・入院外毎に、この様式 1 枚が必要です。

(1 2) その他(項目明記)

翻 訳 者 の 記 入 欄	
名 前	
住 所	電 話