＜海外用＞

22007017

TO: THE GIBRALTAR LIFE INSURANCE COMPANY, LTD.(ジブラルタ生命保険株式会社　御中)

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

Patient's name（患者氏名）	☐M.（男） ☐F．（女）	Patient's date of birth（生年月日） / / (Month) (Day) (Year)

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 （傷病発生年月日） / / (Month) (Day) (Year)

Treatment term (治療期間)	First medical Consultation(初診) / / ～ (Month) (Day) (Year)	Final medical consultation（終診） (M) / (D) / (Y) Presently under treatment（現在治療中） (M) / (D) / (Y)
	1st hospitalization（第一回目入院） 2nd hospitalization（第二回目入院）	Date admitted（入院） (M) / (D) / (Y) (M) / (D) / (Y)
		Date discharged（退院） (M) / (D) / (Y) (M) / (D) / (Y)
		Presently under treatment（現在治療中） ((M) / (D) / (Y)) ((M) / (D) / (Y))

Condition of sickness from when you first noticed the symptons to the first medical consultation（発病から初診までの経過）
(Please indicate when and how the symptons 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)

Did you perform any surgery for the sickness or injury above?
（今回の傷病に関して手術を施行しましたか）
If yes, please fill in the following items.
（実施のときは下記の欄を記入してください）
☐YES ☐NO

Type of surgery or operation（手術名）	Date of surgery（手術日） / / (Month) (Day) (Year)

IMPORTANT
Do any of the types of surgery listed on the reverse side (No.1～No.89) apply?
（上記手術は裏面の手術名リスト（No.1～No.89）に該当しますか）
☐YES→ Indicate the surgery number applicable（手術番号を記入してください） ➡ ☐
☐NO → Describe details of surgery in the bottom column of the reverse side（裏面の最終欄に具体的な手術内容を記入して下さい。）

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

Previous illness(If any) （既 往 症）	Please provide name of illness, treatmemt term and any other pertinent information.(病名・治療期間等)

The statements contained above are true and complete to the best of my knowledge and belief.（上記の通り証明します）

Name of hospital
（病院名）

Address of hospital
（病院住所）

Date / /
(Month) (Day) (Year)

Signature of attending physician（主治医の署名）