To Lifenet Insurance Co., Ltd.

Attention: Please type or write in block letters (English only) and write the date "day/month/year"

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (HOSPITALIZATION/OPERATION)

1. Name of patient（氏名）		Sex（性別）		Date of birth（生年月日）	/ /

2. Name of disease or injury for hospitalization （入院の原因となった病名）

		Onset date of disease/injury （発症日）	Please circle below
(a) Name of disease or injury for hospitalization（入院の原因となった傷病名）		/ /	Physician's opinion 医師推定 / Patient's report 患者申告
(b) Cause of above(a)（(a)の原因）		/ /	Physician's opinion 医師推定 / Patient's report 患者申告
(c) Complications（合併症）		/ /	Physician's opinion 医師推定 / Patient's report 患者申告

3. Treatment period（治療期間）		
	First medical consultation（初診日）	/ /
	Final medical consultation（終診日）	/ / Presently under treatment 現在治療中
	1st hospitalization（1回目入院）	/ / ~ / /
	2nd hospitalization（2回目入院）	/ / ~ / /

4. Condition of Disease from its start to the first diagnosis（上記症状の発生時とその経過）
(Please indicate when and how symptom(s) first appeared)（症状発生日とその状況等）

Diagnosis and progress （診断と進捗）

In case of malignancy（悪性の場合）		
	Date of diagnosis （診断確定日）	/ /
	Histopathological diagnosis（病理名）	〔T N M 〕
	Type of tumor （性状）	☐ Invasive carcinoma (浸潤がん) ☐ Carcinoma in situ or non-invasive carcinoma（上皮内癌または非浸潤がん）

5. Surgical procedure(s)（実施された外科的手術）

Type of operation （手術の型）

☐ Craniotomy （開頭術） ☐ Trepanation （穿頭術） ☐ Thoracotomy （開胸術） ☐ Thoracoscopic （胸腔鏡下手術）

☐ Laparotomy （開腹術） ☐ Laparoscopic（腹腔鏡下手術） ☐ Fiberscopic or Catheter（ファイバースコープまたはカテーテル手術）

☐ Percutaneous（経皮的） ☐ Transurethral （経尿道的） ☐ Transvaginal（経膣的）

☐ Others（その他）〔 〕

Name of operation（手術名）:

Date of operation （手術日）: / /

6. Radiotherapy（放射線照射）

Place（場所）: Period（期間）: / / ~ / /

Quantity in total（総線量）: Gy (Rads)

7. Previous illness (if any)（既往症）

These statements are true and complete to the best of knowledge and belief. （上記に相違ないことを証明します）

Name of hospital（病院名）: Date（証明日）:

Address of hospital（所在地）: Country（国）:

Signature of physician（担当医のサイン）: