

담당의 요청사항
 担当医へのお願い

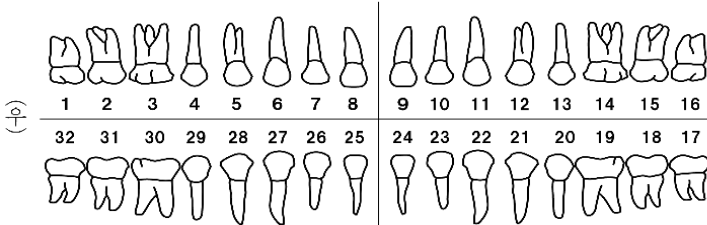
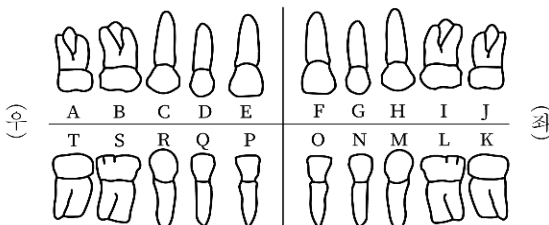
- 이 양식은 환자의 건강보험 급여신청에 필요하기 때문에 증명을 부탁드립니다.
 この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- 이 양식은 담당의가 기입을 하고 서명을 해주십시오.
 この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- 매 월별, 또는 입원, 입원 외 마다 이 양식 1장이 필요합니다.
 各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

양식 C
 様式 C

치과 진료 내용 명세서
歯科診療内容明細書

환자 이름 (성, 명) 患者名 _____	생년월일 (일 / 월 / 년) 生年月日 _____	성별 남 · 여 性別 _____
초진일 (일 / 월 / 년) 初診日 _____	진료일수 診療日数 _____ 일	진료기록번호 診療録番号 _____

영구치 *치료한 치아에 ○표시를 해주십시오 治療した歯に○をつけてください

(상악)	(상악)
	
(하악)	(하악)

치료의 분류 治療の分類

치과 치료 歯科治療	환치 부위 患歯部位	날짜			치료비 治療費
		일	월	년	
초진료 初診料					
X-Ray 검사 レントゲン検査					
발수 抜髄					
수술 手術					
발치 抜歯					
충전 充填					
인레이 インレー *소재 素材()					
메탈 크라운 金属冠 *소재 素材()					
포스트 크라운 継続歯 *소재 素材()					
자켓 크라운 ジャケット冠 *소재 素材()					
브릿지ブリッジ *소재 素材()					
상의치 有床義歯 부분 상의치 局部義歯 전부 상의치 総義歯					
치조농루치치 齒槽膿漏処置					
투약 投薬					
기타 その他					
합계 合計					

담당치과의 정보란 担当歯科医情報欄

의료기관명: (医療機関名)

주소: (住所)

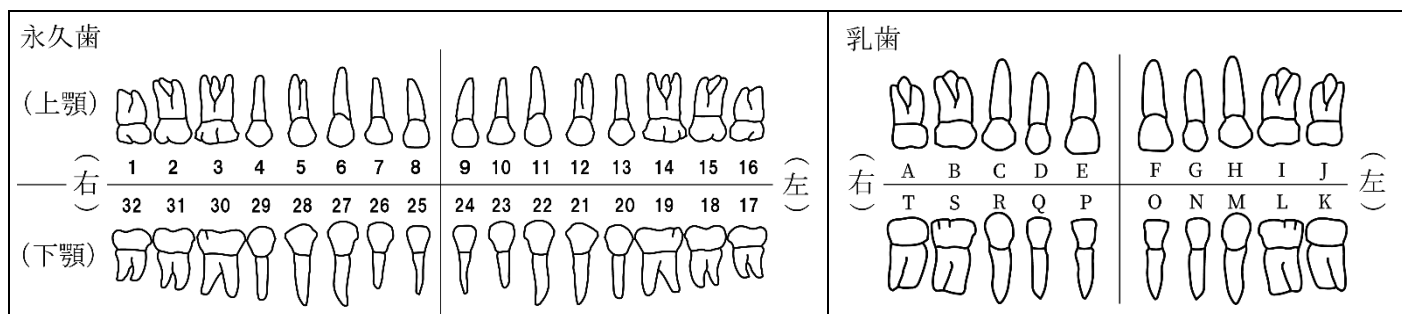
담당치과의 성명: (担当歯科医)

직위: (称号)

서명: (署名)

전화: (電話)

작성 년월일: (作成年月日)



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		日	月	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー 素材()					
金属冠 素材()					
継続歯 素材()					
ジャケット冠 素材()					
ブリッジ 素材()					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

印

電話