

向主治醫生提出的請求 (担当医へのお願い)

1. 這是患者申請健康保險報銷時所需要的資料，請填寫證明。
この様式は患者の健康保險の給付の申請に必要なので、証明をお願いします。
2. 請主治醫生填寫并署名。
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. 每個月，每次住院/每次門診就醫，都需要此表格各一份。
月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

格式C
様式C

牙科治療内容明細單
齒科診療内容明細書

患者姓名
患者名

出生年月日
生年月日

性別 男 女
性別 男 女

初診日
初診日

治療日數 _____ 日
診療日數 _____ 日間

牙齒編號																齒式															
R 永久齒								永久齒 L								R 乳齒					乳齒 L										
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E						
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E						
#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K						
牙科治療		齒科治療		患牙部位		患齒部位		日期			治療費			治療費																	
								月			日			年																	
初診費		初診料																													
X光檢查		レントゲン検査																													
牙髓拔除術		抜髄																													
手術		手術																													
拔牙		抜歯																													
填充(補牙)		充填																													
鑲嵌		インレー																													
金屬冠		金属冠																													
(牙冠)繼續齒		継続齒																													
甲冠		ジャケット冠																													
冠橋		ブリッジ																													
假牙托		有床義齒																													
局部假牙		局部義齒																													
全口假牙		総義齒																													
牙槽膿漏治療		齒槽膿漏処置																													
用藥		投薬																													
其他(項目明確記載)		その他(項目明記)																													
貨幣單位:				通貨單位:				合計			合計																				

牙科醫生的姓名及地址或是牙科醫院的名稱及所在地 (齒科医の氏名及び住所又は齒科医院の名称及び所在地)

姓:(姓) 名:(名) 稱號(称号)

地址(住所): 醫院或診療所
(病院又は診療所)

電話
(電話)

日期(日付): / / 署名(署名)

病歷號碼
診療記錄の番号

主治醫生(担当医)