

向主治医生提出的请求 (担当医へのお願い)

1. 这是患者申请健康保险报销时所需要的资料, 请填写证明。
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要なので、証明をお願いします。
2. 请主治医生填写并署名。
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. 每个月、每次住院/每次门诊就医, 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

牙科治疗内容明细单
歯科診療内容明細書

患者姓名
患者名

出生年月日
生年月日

性別 男 女
性別 男 女

初诊日
初診日

治疗日数 日
診療日数 日間

牙齒编号 齒式																									
R 永久歯 永久齒 L								R 乳歯 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

牙科治疗 歯科治療	患牙部位 患歯部位	日期			治疗费 治療費
		月	日	年	
初诊费 初診料					
X光检查 レントゲン検査					
牙髓拔除术 抜髄					
手术 手術					
拔牙 抜歯					
填充(补牙) 充填					
镶嵌 インレー					
金属冠 金属冠					
(牙冠)继续齿 継続歯					
甲冠 ジャケット冠					
冠桥 ブリッジ					
假牙托 有床義歯 局部假牙 局部義歯 全口假牙 総義歯					
牙槽脓漏治疗 歯槽膿漏処置					
用药 投薬					
其他(项目明确记载) その他(項目明記)					
货币单位:		通貨単位:		合计	合計

牙科医生的姓名及地址或是牙科医院的名称及所在地 (歯科医の氏名及び住所又は歯科医院の名称及び所在地)

姓:(姓) 名:(名) 称号(称号)

地址(住所): 医院或诊疗所 (病院又は診療所) 电话 (電話)

日期(日付): / / 署名(署名)

病历号码 主治医生(担当医)
診療記録の番号