

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 1 장이 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 A
様式 A

진료내용명세서
診療内容明細書

1. 환자 이름 (성, 명)

患者名

생년월일 (일 / 월 / 년)

生年月日

성별

性別

남

· 여

진료기록번호 診療録番号

2. 병명 및 건강보험용 국제질병분류번호 (이 양식에 첨부된 표를 참조해 주십시오.)

傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (No.)

3. 초진일 (일 / 월 / 년)

初診日

4. 진료일수

診療日数

일

5. 치료의 분류

治療の分類

(일 / 월 / 년)

입원

입원일

/

/

퇴원일

/

/

(일)

入院

自

/

/

至

/

/

(日間)

입원 외

入院外

/

/

.

/

/

6. 증상의 개요

病状の概要

7. 처방, 수술 그 외의 처치의 개요

処方、手術その他の処置の概要

8. 치료는 사고로 인한 상해에 의한 것입니까? 네 아니오

治療は事故の傷害によるものですか?

9. 의료기관, 또는 담당의에게 지불한 의료비의 내역 : 양식 B 를 작성해 주십시오

医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳 : 様式 B による

담당의 정보란 担当医情報欄

의료기관명 : (医療機関名)

주소 : (住所)

담당의 성명 : (担当医名)

직위 : (称号)

서명 : (署名)

전화 : (電話)

작성 년월일 : (作成年月日)

様式 A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

印

電話
