

主治医师填写文件  
担当医へのお願い

1. 本文件是患者申请健康保险时的必要证明文件, 请您填写。  
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要なですので、証明をお願いします。
2. 这份文件需要主治医师填写, 附带签名。  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. 本文件按照每月一次或者门诊, 住院来划分, 各需要填写此文件一份。  
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。

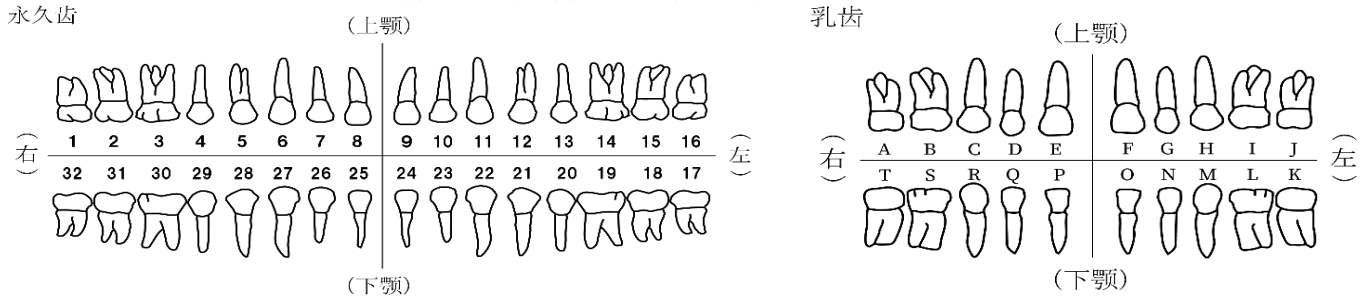
表格 C

様式 C

牙科诊疗内容明细  
齒科診療内容明細書

患者姓名	出生年月日(日/月/年)	性別	男 · 女
患者名	生年月日	性別	
初診日(日/月/年)	診療天数	病历号码	診療録番号
初診日	診療日数	天	

\*请圈出已治疗的牙齿 治療した歯に○をつけてください



治疗种类 治療の分類

牙科治疗 齒科治療	患病部位 患齒部位	日期			费用 治療費
		日	月	年	
初診費用 初診料					
X线检查費用 レントゲン検査					
牙髓摘除 抜髄					
手術 手術					
拔牙 抜歯					
充填 充填					
嵌体 インレー *材料 素材( )					
金属冠 金属冠 *材料 素材( )					
桩冠 継続歯 *材料 素材( )					
甲冠 ジャケット冠 *材料 素材( )					
假牙支架 ブリッジ *材料 素材( )					
义齿(带义齿基托) 有床義齒 局部义齿 局部義齒 总义齿 総義齒					
齿槽脓漏治疗 齒槽膿漏処置					
药物治疗 投薬					
其他 その他					
				总費用 合計	

牙科主治医师信息 担当齒科医情報欄

医疗机关名称:(医療機関名)

地址:(住所)

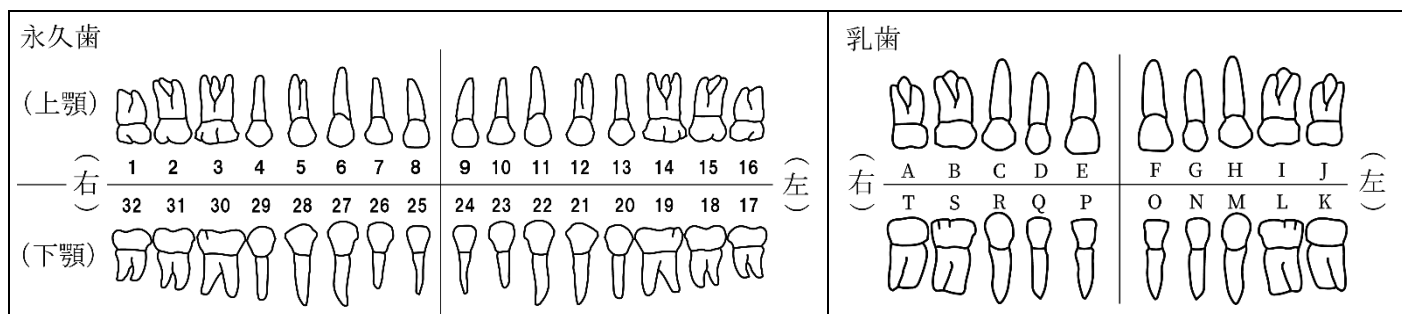
牙科主治医师姓名:(担当齒科医)

牙科主治医师职称:(称号)

签名:(署名)

电话:(電話)

表格填写日期:(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