

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
歯科診療内容明細書

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

永久歯

乳歯

(右)

(左)

(上顎)

(下顎)

(右)

(左)

(上顎)

(下顎)

治疗种类 治療の分類

牙科治疗 歯科治療	患病部位 患歯部位	日期			费用 治療費
		日	月	年	
初诊费用 初診料					
X 线检查费用 レントゲン検査					
牙髓摘除 抜髄					
手术 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） 局部义齿 总义齿	有床義歯 局部義歯 総義歯				
齿槽脓漏治疗 齒槽膿漏処置					
药物治疗 投薬					
其他 その他					
总费用 合計					

牙科主治医师信息 担当歯科医情報欄

医疗机关名称:(医療機関名)

地址:(住所)

牙科主治医师姓名:(担当歯科医)

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)

永久歯																乳歯									
(上顎)																									
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				
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				
(下顎)																									

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					
拔牙					
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