

암 급여 주요 통증완화치료비 중 급여 마약성 진통제 확인서 (보험회사 제출용)

1. 인적사항

환자 성명	주민등록번호	초진일	년	월	일
-------	--------	-----	---	---	---

2. 약물치료 내용

질병명 ^{주1)}	질병분류번호 ^{주2)}
발병일	진단일
의약품 명칭(제품명)	주 성분명
제약회사 명칭	급여적용 여부 <input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여
약호 분류번호	<input type="checkbox"/> 800 <input type="checkbox"/> 810 <input type="checkbox"/> 811 <input type="checkbox"/> 812 <input type="checkbox"/> 820 <input type="checkbox"/> 821 <input type="checkbox"/> 829
최초 처방(투약)일	총 투약일수
투약 목적	
통증의 원인	

주1) 정확한 보험금 산정을 위해 암이 발생한 부위에 대해 모두 기재 바랍니다.

주2) 질병명에 기재된 모든 암에 대한 질병코드를 기재하며, 한국표준질병사인분류상 네자리코드(C**)를 원칙으로 하되, 세자리코드(C**)도 기입 가능합니다.
가급적 병기분류가능한 코드로 기재 바랍니다.

※ 기재하신 내용이 확인되는 의무기록 및 투약내역(처방전, 진료비계산서 등)을 함께 제출하여 주시기 바랍니다.

3. 의사확인

상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.

의료기관명	
진료과명	
면허번호	

20 년 월 일 의 사 (인/서명)