갑상선암 수술후 호르몬약물 허가치료 확인서 (보험회사 제출용)

1. 인적사항

환자 성명		주민등록번호		초진일	년 월 일

2. 약물치료 내용

질병명 주1)		질병분류번호 주2)	
발병일		진단일	
수술명 주3)		수술일자	
의약품 명칭(제품명)		주 성분명	
제약회사 명칭			
식품의약품안전처 「효능효과」 내 투약여부	☐ 범위 내(On-label) ☐ 범위 외(Off-label)		
최초 처방(투약)일		급여적용 여부	☐ 급여 ☐ 비급여
비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견			
상기 약제의 투약목적 및 효과	갑상선암 수술 후 기능부전 또는 재발 억제 목적 (갑상선자극호르몬(TSH) 억제 치료)		☐ 해당(YES) ☐ 미해당(NO)

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.
주3) 주1, 주2의 질병을 치료하기 위한 목적의 수술에 대해서만 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)