

치과치료확인서

(용도: 보험회사 제출용)

환자명		주민번호		초진일	년	월	일
-----	--	------	--	-----	---	---	---

1. 초진 당시 결손부위 및 치아상태(치아번호에 "0" 표시 및 하단에 치아상태 또는 기치료내용등을 기재바랍니다.)

영구치	27	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
유치	37	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36

2. 보존치료(치주치료는 보험급여 적용받은 치료에 한하여 기재바랍니다.)

구분	치료종류(<input type="checkbox"/> 란에 'V' 표시)	질병 분류코드	치아번호	치료 최초진단일자	치료완료일 (보철장착일)
치석제거(스케일링)				년 월 일 년 월 일	년 월 일 년 월 일
주요 치주질환	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
충전치료	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 인레이/온레이 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 인레이/온레이 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 인레이/온레이 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 인레이/온레이 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
크라운 / 치수(신경)치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)			년 월 일	년 월 일

3. 발치 및 보철치료 [임플란트/브릿지/틀니]

치료종류(<input type="checkbox"/> 란에 'V' 표시)	질병 분류코드	치아번호	발치 및 치료 최초 진단일자	발치일	치료완료일 (임플란트수술/보철장착)
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일

4. 기타 소견

병원명		의사명	(직인)
전화번호		면허번호	

작성일: 년 월 일

※ 지면 부족시 '치과치료확인서'를 추가로 작성해 주시기 바랍니다.