



[Dental 진료확인서]

AIA생명

1. 수진자

성명		생년월일	
----	--	------	--

2. 치료 시작 전 치아상태 (해당 란에 “√” 표시. 중복표시 가능)

보철치료 상태	틀니																
	브릿지																
	임플란트																
보존치료 상태	치수																
	크라운																
	충전																
영구치 상실/결손																	
유치																	
치아번호		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
유치																	
영구치 상실/결손																	
보존치료 상태	충전																
	크라운																
	치수																
보철치료 상태	임플란트																
	브릿지																
	틀니																

3. 금번 치료 내용 (*원인 : 1.치아우식증(충치) 2.치주질환(잇몸질환) 3.재해(외상) 4.치열교정준비 5.기타)

번호	질병코드	*원인	치아 번호	치료/발치 최초진단일	발치한 경우 발치시행일	해당 치료에 “√” 표시 (중복표시 가능)				치료완료일 /치관장착일
1			#			아말감충전	기타재료충전	금/도재충전	치수	
						크라운	임플란트	브릿지	틀니	
2			#			아말감충전	기타재료충전	금/도재충전	치수	
						크라운	임플란트	브릿지	틀니	
3			#			아말감충전	기타재료충전	금/도재충전	치수	
						크라운	임플란트	브릿지	틀니	
4			#			아말감충전	기타재료충전	금/도재충전	치수	
						크라운	임플란트	브릿지	틀니	
5			#			아말감충전	기타재료충전	금/도재충전	치수	
						크라운	임플란트	브릿지	틀니	

4. 기타 소견

작성일:	년	월	일	병원명:	의사명:	(인)
------	---	---	---	------	------	-----

(지면 부족 시 'Dental 진료확인서'를 추가로 작성해 주세요. 감사합니다.)