

치료확인서 (치과 병/의원 기재용)

환자분의 치료내용 중 해당하는 치료에 대하여 '표시'란에 체크해 주시고, 치료 치아 번호로 표기 해 주세요.

환자명	주민등록번호	내원사유	질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/>
-----	--------	------	---

○ 치료전 치아상태 소견 [초진일: 년 월 일]

[표시]	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
치아번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
[소견,결손부위등]																

○ 발거(치)/임플란트/브릿지/틀니 ※ *표 체크 시 진료행위코드를 기재해주시시오. []

치아구분	치아 번호	한국질병 분류코드	치료구분 (□ 란에 V 표시)	발거(치)일	치료일(장착일)
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치*	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치*	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치*	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치*	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치*	년 월 일	년 월 일

※ 발치(단순/정교/완전매복)는 발치치료비보장 특별약관의 보장사항입니다. 브릿지는 결손부치아기재(pontic)

○ 보존/근관치료 ※ 기타()란에는 치료명을 기재해주시시오.

치아구분	치아 번호	한국질병 분류코드	치료구분 (□ 란에 V 표시)	진단일	치료일(장착일)
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 아말감/글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링/인(온)레이 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치아신경치료 <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 아말감/글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링/인(온)레이 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치아신경치료 <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 아말감/글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링/인(온)레이 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치아신경치료 <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 아말감/글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링/인(온)레이 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치아신경치료 <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 아말감/글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링/인(온)레이 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치아신경치료 <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일

○ 이외 치료내용 ※ *표 체크 시 진료행위코드를 기재해주시시오. []

구분	치아 번호	한국질병 분류코드	치료구분 (□ 란에 V 표시)	진단일	치료일
스케일링			<input type="checkbox"/> 적용 (※ 보험급여 또는 의료급여 적용 시에 보장됩니다)	년 월 일	년 월 일
치조골이식술			<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술 <input type="checkbox"/> 상악동거상술	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술 <input type="checkbox"/> 상악동거상술		
주요치주질환 및 턱관절장해 치료			<input type="checkbox"/> 치주소파술[1/3악당]* <input type="checkbox"/> 치주질환수술 <input type="checkbox"/> 상악동거상술	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 치주소파술[1/3악당]* <input type="checkbox"/> 치주질환수술 <input type="checkbox"/> 상악동거상술		
치아촬영			<input type="checkbox"/> X-ray(치근단/교익/교합)촬영* <input type="checkbox"/> 파노라마 촬영*	년 월 일	년 월 일
			<input type="checkbox"/> X-ray(치근단/교익/교합)촬영* <input type="checkbox"/> 파노라마 촬영*		
			<input type="checkbox"/> X-ray(치근단/교익/교합)촬영* <input type="checkbox"/> 파노라마 촬영*		

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

※ 상기 각 치료항목의 *표는 보험급여 또는 의료급여가 적용되고 약관에서 정한 진료행위코드에 부합할 경우 보장됩니다.
 ※ 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해주시시오. 병(의)원의 (직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

작성일	년	월	일	병원명	(직인)
				전화번호	
				의사면허번호	
				작성일	(인)

