

인적사항 및 보상안내 받으실 분

성명				주민등록번호				
초진일	20	년	월	일	병록번호			
발병원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 기타()							

초진(내원)시 치아상태

내원 당시 치아 상태를 체크해주세요.

1. 파절 상태 2. 신경치료 시행 치아 3. 보철물 치료 시행 치아 4. 충전치료 시행 치아 5. 이미 발거된 치아 6. 기타 ()

상·하악 우측								상·하악 좌측							
18	17	16	15	15	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
소견															

보존치료

치아구분	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일(장착일)	치료종류(<input type="checkbox"/> 란에 "V"표시)
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치					<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 인레이 <input type="checkbox"/> 온레이 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 기타()
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치					<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 인레이 <input type="checkbox"/> 온레이 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 기타()

치주질환(잇몸질환)

치아구분	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일(장착일)	치료종류(<input type="checkbox"/> 란에 "V"표시)	진료행위코드
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치					<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타() <input type="checkbox"/> 급여여부	Uxxxx
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치					<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타() <input type="checkbox"/> 급여여부	Uxxxx

임플란트/브릿지/틀니

브릿지/틀니는 결손부(pontic)를 기재(발치와 보철치료를 다른병원에서 시행한 경우, 해당 치료만 기재 바랍니다.)

치료종류(<input type="checkbox"/> 란에 "V"표시)	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니				
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니				

* 의무기록사본을 함께 접수해주세요. 임플란트, 틀니, 브릿지 청구 시 치료 전후의 X-ray 또는 파노라마 사진을 첨부해주시기 바랍니다.

병원명	(직인)	의사명	(인)	면허번호
전화번호		작성일		