치과치료 확인서

푸본현대생명보험주식회사 귀중 환자명 주민번호 초진일 년 월 일 발병원인 □질병 □상해 □기타: 초진 당시 무치결손 부위 ※ 해당하는 치아 숫자에 "X"표시 18 17 15 14 13 12 11 21 55 53 24 25 26 27 28 45 42 41 31 32 33 37 48 47 46 44 43 34 35 36 38 치료내용 1 - 진단명 : ※ 해당하는 치료에 "V"표시 / 기타에 치료명 기재 구분 치료종류 질병분류코드 치아번호 진단일 치료종료일/장착일 스케일링 월 일 □ 보험급여 녀 월 일 □ 치주소파술 □ 치근활택술 주요치주 □ 보험급여 년 월 일 년 월 일 □ 기타(질환치료 □ 치주소파술 □ 치근활택술 (잇몸질환) □ 보험급여 월 일 년 일 □ 기타() □ 구내방사선 □ 보험급여 일 년 월 일 년 월 □ 파노라마방사선 방사선 촬영 □ 구내방사선 일 일 □ 보험급여 년 월 년 월 □ 파노라마방사선 □금 □ 세라믹(도재) □ 아말감 월 일 년 일 □ G.I □ 기타() □금 □ 세라믹(도재) □ 아말감 월 일 년 년 월 일 □ G.I □ 기타() 충전 □ 세라믹(도재) □ 아말감 □금 월 일 년 월 일 □ G.I □ 기타() □금 □ 세라믹(도재) □ 아말감 월 년 일 년 일 월 □ G.I □ 기타(월 일 년 일 □ 크라운 □ 치수(신경)치료 년 월 □ 크라운 □ 치수(신경)치료 일 년 월 년 월 일 크라운/ 일 일 □ 크라운 □ 치수(신경)치료 년 월 녉 신경치료 □ 크라운 □ 치수(신경)치료 년 월 일 년 일 □ 크라운 □ 치수(신경)치료 년 월 년 일 치료내용 2 - 발치/임플란트/브릿지/틀니 ※ 해당하는 치료에 "V"표시 치료종류 발치일 질병분류코드 치아번호 치료종료일/장착일 □ 발치 □ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니 년 월 일 년 일 □ 발치 □ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니 년 월 일 년 월 일 □ 발치 □ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니 일 년 웤 일 녀 월 □ 발치 년 일 년 일 □ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니 월 월 □ 발치 □ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니 년 월 일 녀 월 일 상기 질환으로 치료하였음을 확인합니다. ※ 병(의)원 직인 및 의사 서명 누락된 경우 치료확인서 무효 (직인) 진료의사 (인) 병원명 면허번호 월 일 작성일 녉 전화번호

