치과진료확인서(치과 병/의원 작성용)

1. 환자 기본정보

ĺ	성 명	주민번호	초진일자	년	월	일
	0 0			"	2	_

2. 초진 당시 결손부위 및 치아상태 (해당치아에 v체크 부탁드립니다.)

번호	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
상태																
번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
상태																

3. 치료내용 ** 치아보험 청구시 치아우식(K02,K04),잇몸질환(K05) 및 재해로 인한 청구시 보장가능

	치료종류	질병분류코드	치아번호	치료	로일	
□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여	□ 치근단(매) □ 교합(매) □ 교익(매)			년	월	일
□ 급여 ※건강보험적용시 □ 비급여	□ 치근단 □ 교합 □ 교익			년	월	일
□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여				년	월	일
□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여				년	월	일
□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여				년	월	일
□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여				년	월	일
□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여	□ 치주소파술 □ 치은박리소파술 □ 치은절제술 □ 기타 ()			년	월	일
□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여	□ 치주소파술 □ 치은박리소파술 □ 치은절제술 □ 기타 ()			년	월	일
□ 아말감 □ 글래스아이노머 □ 리	네진 🗆 기타 (년	월	일
□ 아말감 □ 글래스아이노머 □ 리	세진 □ 기타(년	월	일
□ 금/도재 □ 기타 ()			년	월	일
□ 금/도재 □ 기타 ()			년	월	일
□ 치수신경치료 □ 크라운치료 ※ネ	l료 시작일로 기재 바랍니다			년	월	일
□ 치수신경치료 □ 크라운치료 ※ネ	l료 시작일로 기재 바랍니다			년	월	일
□ 치조골이식술				년	월	일
□ 치조골이식술				년	월	일
	□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여 □ 라마라 □ 글래스아이노머 □ 라마라 □ 라마라 □ 글래스아이노머 □ 라마라 □ 글래스아이노머 □ 라마라 □ □ □ □	□ 급여 *건강보험적용시 □ 비급여 □ 치근단(매) □ 교합(매) □ 교인(매) □ 급여 *건강보험적용시 □ 비급여 □ 치근단 □ 교합 □ 교익 □ 급여 *건강보험적용시 □ 비급여 □ 하은절제술 □ 기타(□급여 ※건강보험적용시 □비급여 □치근단(매)□교합(매)□교익(매) □급여 ※건강보험적용시 □비급여 □치근단 □교합 □교익 □급여 ※건강보험적용시 □비급여 □치주소파술 □치은박리소파술 □치은택리소파술 □치은택리소파술 □치은택리소파술 □치은택리소파술 □치은택제술 □기타() □급여 ※건강보험적용시 □비급여 □치주소파술 □치은박리소파술 □치은막리소파술 □치은택리소파술 □치은절제술 □기타() □라양감 □글래스아이노머 □레진 □기타() □라/도재 □기타() □금/도재 □기타() □감/도재 □기타() □감/소대 □기타() □치수신경치료 □크라운치료 ※치료 시작일로 기재 바랍니다 □치소골이식술	□ 급여 ※건강보험적용시 □ 비급여 □ 치근단(매) □ 교합(매) □ 교익(매) □ 급여 ※건강보험적용시 □ 비급여 □ 치근단 □ 교합 □ 교익 □ 급여 ※건강보험적용시 □ 비급여 □ 하는 전경제술 □ 기타() □ 급여 ※건강보험적용시 □ 비급여 □ 치주소파술 □ 치은박리소파술 □ 치은 발리소파술 □ 치은 발리소파술 □ 치은 발리소파술 □ 치은 전체술 □ 기타() □ 아말감 □ 클래스아이노머 □ 레진 □ 기타() □ 아말감 □ 클래스아이노머 □ 레진 □ 기타() □ 금/도재 □ 기타() □ 금/도재 □ 기타() □ 計수신경치료 □ 크라운치료 ※치료 시작일로 기재 바랍니다 □ 치소골이식술 □ 치조골이식술	□급여 *건강보험 적용시 □비급여 □치근단(매) □교합(매) □교익(매) 년 □급여 *건강보험 적용시 □비급여 □치근단 □교합 □교익 년 □급여 *건강보험 적용시 □비급여 □치근절제술 □기타() 년 □ 급여 *건강보험 적용시 □비급여 □치근절제술 □기타() 년 □하는절제술 □기타() 년 □하는집라스아이노머 □레진 □기타() 년 년 년 □하는집라스아이노머 □레진 □기타() 년 년 년 한 대한집라스아이노머 □레진 □기타() 년 년 년 년 한 대한집라스아이노머 □레진 □기타() 년 년 년 년 한 대한집라스아이노머 □레진 □기타() 년 년 년 년 한 대한집라스아이노머 □레진 □기타() 년 년 년 년 년 년 년 년 년 한 대한집라스아이노머 □레진 □기타() 년 년 년 년 년 년 년 년 년 년 년 년 년 년 년 년 년 년	□ 급여 ※건강보험적용시 □ 비급여 □ 치근단(매) □ 교합(매) □ 교익(매) 년 월 □ 급여 ※건강보험적용시 □ 비급여 □ 치근단 □ 교합 □ 교익 년 월 □ 급여 ※건강보험적용시 □ 비급여 □ 치주소파술 □ 치은박리소파술 □ 치은보리소파술 □ 치은절제술 □ 기타() 년 월 □ 급여 ※건강보험적용시 □ 비급여 □ 치주소파술 □ 치은박리소파술 □ 치은보리소파술 □ 치은절제술 □ 기타() 년 월 □ 라우강보험적용시 □ 비급여 □ 치주소파술 □ 치은박리소파술 □ 치은보리소파술 □ 치은절제술 □ 기타() 년 월 □ 라우강보험적용시 □ 비급여 □ 지주소파술 □ 지우나리소파술 □ 치은보리소파술 □ 치은보리소파술 □ 치은보리소파술 □ 치은절제술 □ 기타() 년 월 □ 라우강보험적용시 □ 비급 □ 기타() 년 월 □ 라우강보험적용시 □ 비진 □ 기타() 년 월 □ 라우강보 □ 글래스아이노머 □ 레진 □ 기타() 년 월 □ 라우강대 □ 그라운지로 ※치로 시작일로 기재 바랍니다 년 월 □ 치주실경치료 □ 크라운지로 ※치로 시작일로 기재 바랍니다 년 월 □ 치조골이식술 년 월 □ 치조골이식술

[※]구내방사선, 파노라마, 치석제거, 치주질환 치료는 건강보험 적용시 보장가능

4. 임플란트/브릿지/틀니(브릿지는 브릿지가 장착된 발치된 치아를 기재)※보장개시일이후 발치시행시 보철치료 보장가능

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치'	일		치료일(식립일	일/정	상착일	<u> </u>)
□ 발치 □ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니			년	월	일		년	월	일
□ 발치 □ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니			년	월	일		년	월	일

[※] 임플란트, 브릿지, 틀니 청구시 치료 전후 X-ray 또는 치료 전후 파노라마 사진을 첨부해주시기 바랍니다.

5. 발치 (어린이보험 치아치료특약 限)

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일
□ 단순발치(U4411~3) □ 정교한발치(U4414~6) □ 완전매복발치(u4417)			년 월 일
□ 단순발치(U4411~3) □ 정교한발치(U4414~6) □ 완전매복발치(u4417)			년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. ※ 병(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 무효

병 원 명	(직인)	요양기관코드	전화번호			
의사성명	(인)	면허번호	작성일	년	월	일

치과진료확인서(치과 병/의원 작성용)

1. 환자 기본정보

		성 명	김 삼 성	주민번호	*****		1 Z/(/*** -1 **	웍 * 잌
--	--	-----	-------	------	-------	--	-----------------	-------

2. 초진 당시 결손부위 및 치아상태 (해당치아에 v체크 부탁드립니다.)

번호	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
상태		~														
번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
상태																

3. 치료내용 **치아보험 청구시 치아우식(K02,K04),잇몸질환(K05) 및 재해로 인한 청구시 보장가능

구 분		치료종류	질병분류코드	치아번호	치.	료일	
구내방사선	□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여	□ 치근단(매) □ 교합(매) □ 교익(매)			년	월	일
(X-ray)	□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여	□ 치근단 □ 교합 □ 교익			년	월	일
파노라마	□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여				년	월	일
	□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여				년	월	일
치석제거	□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여				년	월	일
(스케일링)	□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여				년	월	일
치주질환	□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여	□ 치주소파술 □ 치은박리소파술 □ 치은절제술 □ 기타 ()			년	월	일
(잇몸질환)	□ 급여 ※건강보험 적용시 □ 비급여	□ 치주소파술 □ 치은박리소파술 □ 치은절제술 □ 기타 ()			년	월	일
보존치료	□ 아말감 □ 글래스아이노머 □ 리	네진 🗆 기타 ()			년	월	일
(인레이/온레이 <u></u> 外)	□ 아말감 □ 글래스아이노머 □ 리	네진 □ 기타(년	월	일
인레이/온레이	□ 금/도재 □ 기타()			년	월	일
그대에/근대에	□ 금/도재 □ 기타()			년	월	일
치수신경치료	☑ 치수신경치료 □ 크라운치료 ※ネ	l료 시작일로 기재 바랍니다	K02	35	**년	*월	*일
/크라운치료	□ 치수신경치료 □ 크라운치료 ※ネ	l료 시작일로 기재 바랍니다			년	월	일
ᅱᆽᅩᆡ싰ᄉ	☑ 치조골이식술		K02	24	**년	*월	*일
치조골이식술	□ 치조골이식술 나그네나 회서제가 최조지하 되고나				년	월	일

[※]구내방사선, 파노라마, 치석제거, 치주질환 치료는 건강보험 적용시 보장가능

4. 임플란트/브릿지/틀니(브릿지는 브릿지가 장착된 발치된 치아를 기재)※보장개시일이후 발치시행시 보철치료 보장가능

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
🎽 발치 □ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니	K03	22	** 년 * * 일	년 월 일
□ 발치 □ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니	rr -111-		년 월 일	년 월 일

[※] 임플란트, 브릿지, 틀니 청구시 치료 전후 X-ray 또는 치료 전후 파노라마 사진을 첨부해주시기 바랍니다.

5. 발치 (어린이보험 치아치료특약 限)

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일
□ 단순발치(U4411~3) □ 정교한발치(U4414~6) □ 완전매복발치(u4417)			년 월 일
□ 단순발치(U4411~3) □ 정교한발치(U4414~6) □ 완전매복발치(u4417)			년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. ※ 병(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 무효

병 원 명	삼성치과	(직인)	요양기관코드	****	전화번호	02-***-**
의사성명	이삼성	(인)	면허번호	****	작성일	** 년 * 월 * 일