

치과치료 확인서

(치과 병/의원 기재용)



환자명		주민등록번호		초진일자	
내원경위				발병원인	질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/>

초진 당시 치아 상태 (결손부위에 ○표시)

- 틀니/브릿지/임플란트 장착 상태 여부 : ☐ 해당없음 ☐ 장착중(종류 및 부위 :)

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

치료내용

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	발병일	치료일(장착일)
직접충전	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
간접충전 (인레이/ 온레이)	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
크라운				년 월 일	년 월 일
				년 월 일	년 월 일
				년 월 일	년 월 일
				년 월 일	년 월 일

발치/임플란트/브릿지/틀니 (브릿지는 브릿지가 장착된 결손부 치아를 기재)

- 발치의 원인이 (교정 및 위치이상, 맹출장애, 보철준비)인 경우 질병분류코드에 해당 내용을 기재

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일 (식립일, 장착일)
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일

이외 치료내용

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일
치조골이식술	<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 상악동거상술				
	<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 상악동거상술				
	<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 상악동거상술				
	<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 상악동거상술				
치아촬영	<input type="checkbox"/> X-ray <input type="checkbox"/> 파노라마촬영			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> X-ray <input type="checkbox"/> 파노라마촬영			년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료받았음을 확인합니다.

병원명		(직인)	전화번호	
의사명		(인)	면허번호	작성일자 년 월 일