치아보험 전용 치료확인서

1.기본사항

환자성명		생년월일		전화번호	
발병원인	□ 질병 □ 상해 □ 기타 ()	초진일자	년	월 일

2.초진 당시 결손부위 및 치아상태(치료 치아에 한해 우식, 파절, 기존 치료 상태를 구분하여 기재)

결손부위	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

3.치료내용

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단	단일		치료일(장착일	실)
X-ray, 파노라마	□ X-ray촬영 □ 파노라마촬영			년	월	일	년	월	일
스케일링	□ 급여 ※ 보험급여 적용 시			년	월	厄	년	월	딜
치주질환치료	□ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()			년	월	厄	년	월	일
; i = = -i,	□ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 기타()			년	월	일	년	월	일
치조골이식술	□ 치조골이식술 □ 기타()			년	월	일	년	월	일
시포글이역물	□ 치조골이식술 □ 기타()			년	월	일	년	월	일

4.보존/근관치료

4. 또는/ 근관시표									
구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진	단일		치료일	(장착	일)
	□ 아말감 □ 글래스아미노머(GI)			년	월	일	년	월	일
	□ 아말감 □ 글래스아미노머(GI)			년	월	일	년	월	일
직접충전	□ 레진 등(인,온레이 및 아마감,GI 제외)			년	월	일	년	월	回
	□ 레진 등(인,온레이 및 아마감,GI 제외)			년	월	일	년	월	厄
	□ 레진 등(인,온레이 및 아마감,GI 제외)			년	월	일	년	월	回
기자 중지	□ 금/도재 □ 기타()			년	월	일	년	월	일
간접충전 (인레이/온레이)	□ 금/도재 □ 기타()			년	월	일	년	월	일
(근데이/ 근데이)	□ 금/도재 □ 기타()			년	월	일	년	월	일
7710/	□ 크라운 □ 치수치료(시작일:)			년	월	일	년	월	厄
크라운/ 치수(신경)치료	□ 크라운 □ 치수치료(시작일:)			년	월	일	년	월	厄
71(28)74	□ 크라운 □ 치수치료(시작일:)			년	월	일	뛴	월	일

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

치료종류	질병 분류코드	치아번호	진대	단일		별	날치일		치 (식립일	료일 !,장착	일)
□ 단순발치* □ 정교발치* □ 완전매복발치*			년	월	일	년	월	일	년	월	일
□ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니											
□ 단순발치*□ 정교발치*□ 완전매복발치*			년	월	일	년	월	일	년	월	일
□ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니			긴	2	2	긴	걸	2	נו	2	
□ 단순발치* □ 정교발치* □ 완전매복발치*			년	월	일	년	월	일	년	월	일
□ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니			긴	2	2	근	걸	2	딘	크	2
□ 단순발치* □ 정교발치* □ 완전매복발치*			- 1	0.1	οl	- 1	0.1	οl	년	0.1	O.
□ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니			년 	월	일	년	월	일	딘	월	일
□ 단순발치* □ 정교발치* □ 완전매복발치*			1 -1	01	01		01	01	1.4	01	
□ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니			년	월	일	년	월	일	년	월	일

* **단순발치***: 유치(U4411), 전치(U4412), 구치(U4413) / **정교발치***: 난발치(U4414), 단순매복치(U4415), 복잡매복치(U4416) / **완전매복발치***: 완전매복치(U4417)

상기질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.(병[의]원 직이 및 의사[인]이 누락된 경우 무효)

0/122-2	- 단의의 자표의쓰다로 그만	= 1 -1 . (8[-1]전 -	크리 ㅊ 레시[리]에 푸크린 성 [T 平 /			
병원명	(직인)	의사서명	(인)	면허번호			
전화번호		작성일			년	월	일

[※] 작성된 치료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 접수

^{※ 4,5}번 항목 기입란 부족 시 추가 진료확인서 작성 가능. 단, 환자기본사항, 의사확인란은 필수 기재