

치과진료확인서(치과 병·의원 작성용) [보험회사 제출용으로 진료차트 전체 발급이 필요합니다]

환자 인적사항

성명		생년월일	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
치료사유	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 재해	초진일자	년 월 일

초진 당시 결손 부위 ‘O’표시 (임플란트 식립된 치아 포함)

번호	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

치료 내용

치료종류 (충전)	질병분류코드	치아번호	진단일 (치료권유일)	치료 시작일	치료 종료일 (장착일)
<input type="checkbox"/> 아말감/GI <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 기타()					
<input type="checkbox"/> 아말감/GI <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 기타()					
<input type="checkbox"/> 아말감/GI <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 기타()					
<input type="checkbox"/> 아말감/GI <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 기타()					
<input type="checkbox"/> 아말감/GI <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 기타()					
<input type="checkbox"/> 치수치료					
<input type="checkbox"/> 치수치료					
<input type="checkbox"/> 치수치료					

치료종류 (보철)	질병분류코드	치아번호	진단일 (치료권유일)	치료 시작일	치료 종료일 (장착일)
<input type="checkbox"/> 영구치발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 재식립 임플란트					
<input type="checkbox"/> 영구치발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 재식립 임플란트					
<input type="checkbox"/> 영구치발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 재식립 임플란트					
<input type="checkbox"/> 영구치발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 재식립 임플란트					

※ 브릿지 : 발치 한 부위에 브릿지 한 경우만 기재

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

의료기관명		의사명	(인)
요양기관번호		면허번호	
전화번호		작성일	년 월 일

※ 병(의원) 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 무효

