



● 기본사항

환자성명		생년월일	년 월 일	초진일자	년 월 일
전화번호		발병원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 기타()		

● 초진 당시 결손부위 및 치아상태(치료 치아에 한해 우식, 파절, 기존 치료상태를 구분하여 기재)

결손부위	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	진단일	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()				
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타()				
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타()				
간접충전 (인레이/온레이)	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타()				
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타()				
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타()				
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타()				
크라운/ 치수(신경)치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)				
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)				
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)				
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)				
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)				
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)				

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

치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	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				
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니				
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니				

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

작성일자 : 년 월 일

담당 의사 성명	(서명/날인)	병원직인	
의사 면허 번호			
병원명			
병원 전화번호			