

치아보험 전용 치료확인서

1. 기본사항

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

2. 초진 당시 결손부위 및 치아상태

① 초진 당시 결손부위 (해당치아에 O표시)

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

② 틀니/브릿지/임플란트 장착 여부 해당없음 장착중 ※아래 ()란에 치아번호 기재바랍니다.

틀니 () 브릿지 () 임플란트 ()

3. 치료내용

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일(장착일)
X-ray, 파노라마	<input type="checkbox"/> X-ray촬영 <input type="checkbox"/> 파노라마촬영			년 월 일	년 월 일
스케일링	<input type="checkbox"/> 급여(보험급여 적용 시)			년 월 일	년 월 일
치주질환치료 (잇몸질환)	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
치조골이식술	<input type="checkbox"/> 치조골이식술 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치조골이식술 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일	년 월 일

4. 보존/근관치료

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일(장착일)
직접충전	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아미노머(GI)			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아미노머(GI)			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 레진 등(인, 온레이 및 아말감, GI 제외)			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 레진 등(인, 온레이 및 아말감, GI 제외)			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 레진 등(인, 온레이 및 아말감, GI 제외)			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
크라운/ 치수(신경) 치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)			년 월 일	년 월 일

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

치료종류	질병 분류코드	치아번호	진단일	발치일	치료일 (식립일, 장착일)
<input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치* <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 임플란트(재식립) <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치* <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 임플란트(재식립) <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치* <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 임플란트(재식립) <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치* <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 임플란트(재식립) <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 단순발치* <input type="checkbox"/> 정교발치* <input type="checkbox"/> 완전매복발치* <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 임플란트(재식립) <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 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)

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

상기질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. (병의]원 직인 및 의사[인]이 누락된 경우 무효)

병원명	(직인)	의사성명	(인)	면허번호	
전화번호		작성일		년	월 일

※ 작성된 치료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 접수