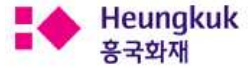


치과치료 확인서 [보험회사 제출용]



1. 인적사항 및 내원경위

환자명	필수기재	주민등록번호	필수기재	환자등록번호	필수기재
초진일	필수기재	내원경위	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 체크	초진 내원시 틀니 착용여부	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 체크

2. 초진 내원 시 치아 상태

해당 치아의 상태에 대해 숫자 표시(한개 치아에 다수숫자 표시 가능)

1 [½이상 파절상태] 2 [⅓이상 파절상태] 3 [신경치료 상태] 4 [보철물치료 상태] 5 [충전치료 상태] 6 [이미 발거된 상태] 7 [기타()]

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
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

3-1. 금번 치료 사항(보존치료/치수치료) * 최종치료(장착일) 내용에 한해 기재해주십시오. (임시치료 제외)

치아구분	치아번호	한국질병 분류코드	치료항목	진단일	치료일 (장착일)	치료종료여부 (종료일기재)
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 아말감/글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링/인(온레이) <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료 <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일	<input type="checkbox"/> 종료(년 월 일) <input type="checkbox"/> 치료중
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 아말감/글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링/인(온레이) <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료 <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일	<input type="checkbox"/> 종료(년 월 일) <input type="checkbox"/> 치료중
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 아말감/글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링/인(온레이) <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료 <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일	<input type="checkbox"/> 종료(년 월 일) <input type="checkbox"/> 치료중

3-2. 금번 치료 사항(보철치료/발치) * 브릿지/틀니는 결손치아(pontic)를 기재해주십시오. (발치와 보철치료를 타 병원에서 시행한 경우 해당병원 치료만 기재)

치아구분	치아번호	한국질병 분류코드	치료항목	진단일	발거(치)일	치료일 (식립일/장착일)
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	년 월 일	년 월 일	년 월 일

3-3. 기타 치료(치주치료 포함) * 스케일링, 치아촬영, 치주질환치료는 보험 또는 의료급여 적용시만 기재

구분	치아번호	한국질병 분류코드	치료항목	진단일	치료일 (장착일)
스케일링			<input type="checkbox"/> 급여 (*보험급여 또는 의료급여 적용시에 보장됩니다.)	년 월 일	년 월 일
치아촬영			<input type="checkbox"/> X-ray[치근단/교익/교합촬영] <input type="checkbox"/> 파노라마 촬영	년 월 일	년 월 일
치주질환치료			<input type="checkbox"/> 치주소파술 [1/3약당] <input type="checkbox"/> 기타()	년 월 일	년 월 일
치조골이식술			<input type="checkbox"/> 발거(치)일 (년 월 일) <input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술 <input type="checkbox"/> 상악동거상술	년 월 일	년 월 일
기타				년 월 일	년 월 일

확인사항

- 상기 질환으로 인하여 치료를 시행하였음을 확인하며, 의료기관의 직인 및 의사(인)이 누락된 치료확인서는 효력이 없습니다.
- 보장내용은 가입하신 상품에 따라 상이할 수 있으며, 정확한 심사를 위하여 추가서류를 요청 드리거나 방문심사를 진행할 수 있습니다.

병원명	(직인)	의사성명	(인)	면허번호	필수기재
전화번호	필수기재	작성일	년	월	일 <input type="checkbox"/> 체크