

# 치과치료확인서 (병/의원 기재)

## ◆ 기본사항

( 해당 항목  칸에 체크(√)표시 또는 내용을 작성하여 주시기 바랍니다. )

환자명		주민등록번호		초진일자	
발병원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 기타 ( )				

## ■ 초진당시 결손부위 ( 해당 치아에 ○표시 )

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

## ■ 기타치료 ( 스케일링 / 영상진단 / 치주질환(잇몸질환) / 발치치료 / 치조골이식술 )

구분	치아구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진료행위코드	진단일	치료일
스케일링	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 급여 (보험급여 적용시 연1회 보장)			U****		
영상진단	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> X-ray <input type="checkbox"/> 파노라마			G****		
	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> X-ray <input type="checkbox"/> 파노라마			G****		
치주질환 (잇몸질환)	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타			U****		
	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타			U****		
발치치료	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 단순발치 <input type="checkbox"/> 부분매복 <input type="checkbox"/> 완전매복			U****		
	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 단순발치 <input type="checkbox"/> 부분매복 <input type="checkbox"/> 완전매복			U****		
치조골 이식술	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술 <input type="checkbox"/> 기타					
	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 골이식술 <input type="checkbox"/> 골유도재생술 <input type="checkbox"/> 기타					

※ 스케일링, 영상진단, 치주질환(잇몸질환), 발치치료는 진료행위 코드를 기재해 주시기 바랍니다.

## ■ 보존치료 ( 아말감 / 레진 / 인·온레이 / 크라운 / 치수(신경치료) )

구분	치아구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일(장착일)
충전	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 인·온레이 <input type="checkbox"/> 기타				
	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 인·온레이 <input type="checkbox"/> 기타				
	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 인·온레이 <input type="checkbox"/> 기타				
크라운 치수	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 치수(신경치료) <input type="checkbox"/> 크라운				
	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 치수(신경치료) <input type="checkbox"/> 크라운				
	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 치수(신경치료) <input type="checkbox"/> 크라운				

## ■ 보철치료 ( 임플란트 / 브릿지 / 틀니 )

치아구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	발치일	치료일(식립/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					
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니					
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니					

※ 발치와 보철치료를 다른 병원에서 시행한 경우, 해당병원 치료만 기재바랍니다.

## 상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

병원명	(직인)	의사성명	(인)	면허번호	
사업자번호		전화번호		작성일	

※ 병(의)원 (직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

※ 보장내용은 가입하신 상품에 따라 상이 할 수 있으며, 심사를 위하여 해당 서류 이외에 추가 서류를 요청드릴 수 있습니다.