치아치료확인서 (치과 병/의원 작성용)

KYOBO 교보생명

(용도 : 보험회사 제출용)

1. 기본사항

환 자 명		생년월일	
치료사유	☐ 질병 ☐ 상해 ☐ 기타( )	초 진 일	

2. 초진 당시 결손부위 및 치아상태 ※ 해당 치아번호에 "○" 표시 및 해당 치아상태(결손, 우식, 파절, 기존 치료상태 등)를 기재해 주십시오.

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. 보존치료

치료종류	질병분류코드	치아번호	치료진단확정일	치료 시작일	치료 종료일
☐ 아말감 ☐ 글래스아이노머 ☐ 레진 ☐ 인레이/온레이 ☐ 크라운			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 아말감 ☐ 글래스아이노머 ☐ 레진 ☐ 인레이/온레이 ☐ 크라운			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 아말감 ☐ 글래스아이노머 ☐ 레진 ☐ 인레이/온레이 ☐ 크라운			년 월 일	년 월 일	년 월 일

4. 치수(신경)치료

치료종류	질병분류코드	치아번호	치료진단확정일	치료 시작일	치료 종료일
☐ 치수치료			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 치수치료			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 치수치료			년 월 일	년 월 일	년 월 일

5. 발치 및 보철치료 (임플란트/브릿지/틀니) ※ 브릿지와 틀니는 결손부 치아를 기재해 주십시오.

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치 진단확정일	발 치 일	장 착 일
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

병 원 명		(직 인)	의 사 명		(인)
요양기관번호			면허번호		
전화번호			작 성 일	년 월 일	

※ 작성된 치아치료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 접수

※ 치료(발치) 진단확정일이란, 해당 치료(보존, 치수) 또는 발치가 필요하다고 진단(계획)된 진료일을 말합니다.