치과치료 확인서[보험회사 제출용]

Heungkuk 흥국화재

1. 인적사항 및 내원경위

환자명	필수기재	주민등록번호	필수기재	환자등록번호	필수기재
초진일	필수기재	내원경위	☐ 질병 ☐ 상해 체크	초진 내원시 틀니 착용여부	☐ Y ☐ N 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 기재해주십시요. (임시치료 제외)

치아구분	치아번호	한국질병분류코드	치료항목	진단일	치료일(장착일)	치료종료여부(종료일기재)
☐ 영구치 ☐ 유치			☐ 아말감/글래스아이노머(GI) ☐ 레진필링/인(온레이) ☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료 ☐ 기타( )	년 월 일	년 월 일	☐ 종료(년 월 일) ☐ 치료중
☐ 영구치 ☐ 유치			☐ 아말감/글래스아이노머(GI) ☐ 레진필링/인(온레이) ☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료 ☐ 기타( )	년 월 일	년 월 일	☐ 종료(년 월 일) ☐ 치료중
☐ 영구치 ☐ 유치			☐ 아말감/글래스아이노머(GI) ☐ 레진필링/인(온레이) ☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료 ☐ 기타( )	년 월 일	년 월 일	☐ 종료(년 월 일) ☐ 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	한국질병분류코드	치료항목	진단일	발거(치)일	치료일(식립일/장착일)
☐ 영구치 ☐ 유치			☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니	년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 영구치 ☐ 유치			☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니	년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 영구치 ☐ 유치			☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 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	한국질병분류코드	치료항목	진단일	치료일(장착일)
스케일링			☐ 급여 (※보험급여 또는 의료급여 적용시에 보장됩니다.)	년 월 일	년 월 일
치아촬영			☐ X-ray[치근단/교익/교합]촬영] ☐ 파노라마 촬영	년 월 일	년 월 일
치주질환치료			☐ 치주소파술 [1/3악당] ☐ 기타 ( )	년 월 일	년 월 일
치조골이식술			☐ 발거(치)일 (년 월 일) ☐ 골이식술 ☐ 골유도재생술 ☐ 상악동거상술	년 월 일	년 월 일
기타				년 월 일	년 월 일

확인사항

1. 상기 질환으로 인하여 치료를 시행하였음을 확인하며, 의료기관의 직인 및 의사(인)이 누락된 치료확인서는 효력이 없습니다.
3. 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		체크