치아보험 전용 치료 확인서

KB라이프

기본사항

환자성명		생년월일	년 월 일	초진일자	년 월 일
전화번호		발병원인	☐ 질병 ☐ 상해 ☐ 기타( )		

초진 당시 결손부위 및 치아상태(치료 치아에 한해 우식, 파절, 기존 치료상태를 구분하여 기재)

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

치료내용

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일(장착일)
직접충전	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타( )				
	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타( )				
	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타( )				
간접충전 (인레이/온레이)	☐ 금/도재 ☐ 기타( )				
	☐ 금/도재 ☐ 기타( )				
	☐ 금/도재 ☐ 기타( )				
	☐ 금/도재 ☐ 기타( )				
크라운/ 치수(신경)치료	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일:)				
	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일:)				
	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일:)				
	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일:)				
	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일:)				
	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일:)				

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

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니				
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니				
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니				

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.(병(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 무효)

작성일자 : 년 월 일

담당 의사 성명	(서명/날인)	병원직인	
의사 면허 번호			
병원명			
병원 전화번호			