# 치과치료확인서

한화손보

## 1. 인적사항

| 성명 | | 주민등록번호 | | 병록번호 | |
|---|---|---|---|---|---|

## 2. 초진(내원)시 치아상태

**결손부위**

| 상·하악 우측 | | | | | | | | 상·하악 좌측 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 15 | 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 |

| 소견 | |
|---|---|

**내원 당시 치아 상태를 체크해주세요.**

1. 파절 상태 2. 신경치료 시행 치아 3. 보철물 치료 시행 치아 4. 충전치료 시행 치아 5. 이미 발거된 치아 6. 기타 (  )

## 2. 세부 치료내용

| 치아번호 (FDI) | 치료명 | 한국질병 분류코드 | 진단일 | 치료시작일 | 치료종료일 | 발거여부 | 발거일 | 비고 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | ☐ | | |
| | | | | | | ☐ | | |
| | | | | | | ☐ | | |
| | | | | | | ☐ | | |
| | | | | | | ☐ | | |
| | | | | | | ☐ | | |
| | | | | | | ☐ | | |
| | | | | | | ☐ | | |

※ 의무기록사본을 함께 접수해주시기 바랍니다. 임플란트, 틀니, 브릿지 청구시 치료 전후의 X-ray 또는 치료 전후 파노라마 사진을 첨부해주시기 바랍니다.

### 세부 치료내용 참고

| | |
|---|---|
| 치료명 | ① 아말감 ② 글래스아이노머 ③ 레진필링치료 ④ 인레이, 온레이 ⑤ 크라운 ⑥ 가철성의치(틀니)<br>⑦ 고정성가공의치(브릿지) ⑧ 임플란트 ⑨ 기타 (  ) |
| 발거여부 | 해당 치아가 발거된 경우 V 표시 |
| 발거일 | 가철성의치, 고정성가공의치, 임플란트 치료로 발거 시 실제 발거일 작성 |
| 비고 | 해당 치료에 대해 특이사항 기재 ※보철물 대체수리복구, 치열교정준비, 의치보철준비 등 |

| 병원명 | (직인) | 의사명 | (인) |
|---|---|---|---|
| 전화번호 | | 면허번호 | |
| 전화번호 | | 작성일 | |