치과치료 확인서

푸본현대생명보험주식회사 귀중

환자명		주민번호	-	초진일	년 월 일
발병원인	☐ 질병 ☐ 상해 ☐ 기타 :				

초진 당시 무치결손 부위

※ 해당하는 치아 숫자에 " X "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

치료내용 1 - 진단명 :

※ 해당하는 치료에 " V "표시 / 기타에 치료명 기재

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	치료종료일/장착일
스케일링	☐ 보험급여			년 월 일	년 월 일
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	☐ 보험급여 ☐ 치주소파술 ☐ 치근활택술 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 보험급여 ☐ 치주소파술 ☐ 치근활택술 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
방사선 촬영	☐ 보험급여 ☐ 구내방사선 ☐ 파노라마방사선			년 월 일	년 월 일
	☐ 보험급여 ☐ 구내방사선 ☐ 파노라마방사선			년 월 일	년 월 일
충전	☐ 금 ☐ 세라믹(도재) ☐ 아말감 ☐ G.I ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 금 ☐ 세라믹(도재) ☐ 아말감 ☐ G.I ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 금 ☐ 세라믹(도재) ☐ 아말감 ☐ G.I ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 금 ☐ 세라믹(도재) ☐ 아말감 ☐ G.I ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
크라운/ 신경치료	☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료			년 월 일	년 월 일
	☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료			년 월 일	년 월 일
	☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료			년 월 일	년 월 일
	☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료			년 월 일	년 월 일
	☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료			년 월 일	년 월 일

치료내용 2 - 발치/임플란트/브릿지/틀니

※ 해당하는 치료에 " V "표시

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일	치료종료일/장착일
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 치료하였음을 확인합니다.

※ 병(의)원 직인 및 의사 서명 누락된 경우 치료확인서 무효

병원명	(직인)	진료의사	(인)	면허번호	
작성일	년 월 일	전화번호			