치과치료 확인서 (치과 병/의원 기재용)

환 자 명		주민등록번호		초진일자	
내원경위				발병원인	질병☐ 상해☐ 기타☐

● 초진 당시 치아 상태 (결손부위에 ○표시)

- 틀니/브릿지/임플란트 장착 상태 여부 : ☐ 해당없음 ☐ 장착중(종류 및 부위 :)

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

구 분	치 료 종 류	질병분류코드	치아번호	발 병 일	치료일(장착일)
직접충전	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
간접충전 (인레이/ 온레이)	☐ 금/도재 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 금/도재 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 금/도재 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 금/도재 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
크라운				년 월 일	년 월 일
				년 월 일	년 월 일
				년 월 일	년 월 일
				년 월 일	년 월 일

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

- 발치의 원인이 (교정 및 위치이상, 맹출장애, 보철준비)인 경우 질병분류코드에 해당 내용을 기재

치 료 종 류	질병분류코드	치아번호	발 치 일	치 료 일 (식립일, 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

● 이외 치료내용

구분	치 료 종 류	질병분류코드	치아번호	진 단 일	치 료 일
치조골이식술	☐ 골이식술 ☐ 골유도재생술 ☐ 상악동거상술			년 월 일	년 월 일
	☐ 골이식술 ☐ 골유도재생술 ☐ 상악동거상술			년 월 일	년 월 일
	☐ 골이식술 ☐ 골유도재생술 ☐ 상악동거상술			년 월 일	년 월 일
치아촬영	☐ X-ray ☐ 파노라마촬영			년 월 일	년 월 일
	☐ X-ray ☐ 파노라마촬영			년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료받았음을 확인합니다.

병 원 명	(직인)	전화번호			
의 사 명	(인)	면허번호		작성일자	년 월 일