

치과 치료 확인서

▣ 기본내역

환자명		주민등록번호		챠트번호	

▣ 초진 당시 진료내역

초진일	20 년 월 일	초진사유		☐ 질병 ☐ 외상

▣ 초진 당시 결손부위 (해당 숫자 ○ 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

▣ 초진 당시 치아상태

치아번호 (FDI표기법)	치아상태	참고
		파절상태, 신경치료 시행상태, 보철 시행상태, 충전치료 시행상태, 이미 발치된 상태, 기타 ( )상태

▣ 충천 / 크라운 치료내용

치아번호 (FDI표기법)	한국질병 분류코드	치료종류				치료일(최종장착일)	참 고
		☐ 직접충전	재 료		☐ 크라운	20 년 월 일	아말감, 글레스아이오노머, 레진, 테세라, 세라믹, 금 등
		☐ 간접충전	재 료				
		☐ 직접충전	재 료		☐ 크라운		
		☐ 간접충전	재 료				
		☐ 직접충전	재 료		☐ 크라운		
		☐ 간접충전	재 료				

▣ 임플란트 / 브릿지 / 틀니 / 영구치발치

치아번호 (FDI표기법)	한국질병 분류코드	치료종류	발치일	치료(임플란트식립일/ 브릿치·틀니장착일)
		☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니 ☐ 발치	20 년 월 일	20 년 월 일
		☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니 ☐ 발치	20 년 월 일	20 년 월 일
		☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니 ☐ 발치	20 년 월 일	20 년 월 일

※ 브릿지는 결손부위 치아번호 기재 / 발치치료와 보철치료 치과가 다른 경우 각각의 치과에서 시행한 내용 기재

▣ 상기 질환으로 치료하였음을 확인합니다. ※ 의료기관 및 의사 (인)이 누락된 경우 치료확인서는 무효입니다.

발 행 일	20 년 월 일	의사명	(인)	면허번호	
의료기관	(직인)		전화번호		
주 소					

※ 치과치료확인서와 해당 진료차트(의무기록)사본을 함께 제출해 주시기 바랍니다.

새마을금고중앙회 귀중