치과치료확인서 (병/의원 기재)

◆ 기본사항

(해당 항목 ☐ 칸에 체크(√)표시 또는 내용을 작성하여 주시기 바랍니다.)

환자명		주민등록번호		초진일자	
발병원인	☐ 질병 ☐ 상해 ☐ 기타 (				)

■ 초진당시 결손부위 (해당 치아에 O표시)

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

■ 기타치료 (스케일링 / 영상진단 / 치주질환(잇몸질환) / 발치치료 / 치조골이식술)

구분	치아구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진료행위코드	진단일	치료일
스케일링	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 급여 (보험급여 적용시 연1회 보장)			U****		
영상진단	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ X-ray ☐ 파노라마			G****		
	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ X-ray ☐ 파노라마			G****		
치주질환 (잇몸질환)	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 치주소파술 ☐ 치근활택술 ☐ 기타			U****		
	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 치주소파술 ☐ 치근활택술 ☐ 기타			U****		
발치치료	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 단순발치 ☐ 부분매복 ☐ 완전매복			U****		
	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 단순발치 ☐ 부분매복 ☐ 완전매복			U****		
치조골 이식술	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 골이식술 ☐ 골유도재생술 ☐ 기타					
	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 골이식술 ☐ 골유도재생술 ☐ 기타					

※ 스케일링, 영상진단, 치주질환(잇몸질환), 발치치료는 진료행위 코드를 기재해 주시기 바랍니다.

■ 보존치료 (아말감 / 레진 / 인·온레이 / 크라운 / 치수(신경치료))

구분	치아구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일(장착일)
충전	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 아말감 ☐ GI ☐ 레진 ☐ 인·온레이 ☐ 기타				
	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 아말감 ☐ GI ☐ 레진 ☐ 인·온레이 ☐ 기타				
	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 아말감 ☐ GI ☐ 레진 ☐ 인·온레이 ☐ 기타				
크라운 치수	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 치수(신경치료) ☐ 크라운				
	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 치수(신경치료) ☐ 크라운				
	☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 치수(신경치료) ☐ 크라운				

■ 보철치료 (임플란트 / 브릿지 / 틀니)

치아구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	발치일	치료일(식립/장착일)
☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니					
☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니					
☐ 영구치 ☐ 유치	☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니					

※ 발치와 보철치료를 다른 병원에서 시행한 경우, 해당병원 치료만 기재바랍니다.

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

병원명	(직인)	의사성명	(인)	면허번호	
사업자번호		전화번호		작성일	

※ 병(의)원 (직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.
※ 보장내용은 가입하신 상품에 따라 상이 할 수 있으며, 심사를 위하여 해당 서류 이외에 추가 서류를 요청드릴 수 있습니다.

KDIC YBI 예별손해보험 YeByeol Non-Life Insurance