치과치료 확인서(치과 병/의원 작성용)

기본사항

환자성명		주민등록번호	-	초진일자	년 월 일

초진 당시 결손부위

※ 해당 치아 숫자에 O 표시를 해 주십시오.

(용도 : 보험회사 제출용)

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

※ 해당하는 치료에 "V" 표시를 해 주십시오. ※ '기타' 란에는 치료명을 기재해 주십시오.

구 분	치료종류(☐ 란에 "V" 표시)	질병분류 코드	치아번호	치료일(장착일)
직접충전	☐ 아말감 ☐ 글래스아이노머 ☐ 레진			년 월 일
	☐ 아말감 ☐ 글래스아이노머 ☐ 레진			년 월 일
	☐ 아말감 ☐ 글래스아이노머 ☐ 레진			년 월 일
	☐ 아말감 ☐ 글래스아이노머 ☐ 레진			년 월 일
	☐ 아말감 ☐ 글래스아이노머 ☐ 레진			년 월 일
간접충전 (인레이·온레이)	☐ 금 ☐ 도재 ☐ 기타( )			년 월 일
	☐ 금 ☐ 도재 ☐ 기타( )			년 월 일
	☐ 금 ☐ 도재 ☐ 기타( )			년 월 일
	☐ 금 ☐ 도재 ☐ 기타( )			년 월 일
	☐ 금 ☐ 도재 ☐ 기타( )			년 월 일
크라운/ 치수(신경) 치료	☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료			년 월 일
	☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료			년 월 일
	☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료			년 월 일
	☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료			년 월 일
	☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료			년 월 일

영구치발치/임플란트/브릿지/틀니

※ 발치 치과와 보철치료 치과가 다른 경우, 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해 주십시오.
※ 브릿지는 Pontic(브릿지가 장착된 결손부 치아)를 기재해 주십시오.

치료종류(☐ 란에 "V" 표시)	질병분류 코드	치아번호	발치일	치료일(장착일)
☐ 영구치발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 영구치발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 영구치발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 영구치발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일
☐ 영구치발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일

※ 기입란 부족 시 추가 진료확인서 작성가능. 단, 환자기본사항, 의사확인란은 필수 기재

☐ 상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

※ (병(의)원 직인 및 의사[인]이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.)

병 원 명	(직인)	의사성명	(인)	면허번호	
전화번호	( ) -	작 성 일	년 월 일		