SHJ021400

치아치료확인서 (치과 병/의원 작성용) 보험회사 제출용

1. 기본사항

환자명		생년월일	
발생원인	☐ 질병 ☐ 상해 ☐ 기타( )	초진일(최초진단일)	년 월 일

2. 초진 당시 결손부위 및 치아상태

※ 해당 치아번호에 "O" 표시 및 해당 치아상태(결손, 우식, 파절, 기존 치료상태 등)를 기재해 주십시오.

영구치	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
유치				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

3. 보존치료

구분		치료종류 (☐란에 'V'표시)	질병 분류코드	치아번호	치료일(장착일)
치석제거 (스케일링)	※보험급여 적용시에만 보장	☐보험급여			년 월 일
파노라마 촬영		☐보험급여			년 월 일
주요 치주질환 (잇몸질환)		☐보험급여 ☐치주소파술 ☐치근활택술 ☐치은절제술 ☐기타( )			년 월 일
		☐보험급여 ☐치주소파술 ☐치근활택술 ☐치은절제술 ☐기타( )			년 월 일
		☐보험급여 ☐치주소파술 ☐치근활택술 ☐치은절제술 ☐기타( )			년 월 일
직접충전		☐ 아말감 ☐ 글래스아이어노머 ☐ 레진 ☐ 기타( )			년 월 일
		☐ 아말감 ☐ 글래스아이어노머 ☐ 레진 ☐ 기타( )			년 월 일
		☐ 아말감 ☐ 글래스아이어노머 ☐ 레진 ☐ 기타( )			년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)		☐ 금 ☐ 도재(세라믹) ☐ 기타( )			년 월 일
		☐ 금 ☐ 도재(세라믹) ☐ 기타( )			년 월 일
		☐ 금 ☐ 도재(세라믹) ☐ 기타( )			년 월 일
크라운/ 치수(신경)치료		☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일 :)			년 월 일
		☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일 :)			년 월 일
		☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일 :)			년 월 일

4. 발치 및 보철치료[임플란트/브릿지/틀니]

※ 브릿지와 틀니는 결손부 치아를 기재. ※ 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해 주십시오.

치료종류 (☐란에 'V'표시)	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(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

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

병원명		(직인)	의사명		(인)
요양기관기호			면허번호		
전화번호			작성일	년 월 일	

※ 보철치료 청구 시 치과 진료차트(의무기록사본) 함께 접수(필수)

신한라이프