

# 치아보험 치료확인서

## 1. 기본 사항

환자성명		생년월일		전화번호	
발병원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 기타 ( )	초진일자		년 월 일	

## 2. 초진 당시 결손부위 및 치아상태 (치료 치아에 한해 우식, 파절, 기존 치료상태를 구분하여 기재)

결손부위	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

## 3. 치료 내용

구분	치료종류	질병분류 코드	치아번호	치료일(장착일)
스케일링	<input type="checkbox"/> 급여 * 보험급여 적용시			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 * 보험급여 적용시			년 월 일
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일
방사선 촬영	<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선 <input type="checkbox"/> 보험급여			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선 <input type="checkbox"/> 보험급여			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선 <input type="checkbox"/> 보험급여			년 월 일
직접충전	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)	<input type="checkbox"/> 금 / 도재 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 / 도재 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 / 도재 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일
크라운 / 치수(신경)치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일 : )			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일 : )			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일 : )			년 월 일

## 4. 발치 / 임플란트 / 브릿지 / 틀니 (브릿지는 브릿지가 장착된 결손부 치아를 기재)

치료종류	질병분류 코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. (병[의]원 직인 및 의사[인] 누락된 경우 무효)

병원명	(직인)	의사서명	(인)	면허번호	
전화번호		작성일		년 월 일	

※ 작성된 치료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 제출해 주시기 바랍니다.

