KB생명보험

치아보험 전용 치료 확인서

1. 기본사항

환자성명		생년월일	년 월 일	전화번호	
발병원인	☐ 질병 ☐ 상해 ☐ 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. 치료내용

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일(장착일)
직접충전	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타( )				
	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타( )				
	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타( )				
	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타( )				
	☐ 아말감 ☐ 레진 ☐ 기타( )				
간접충전 (인레이/온레이)	☐ 금/도재 ☐ 기타( )				
	☐ 금/도재 ☐ 기타( )				
	☐ 금/도재 ☐ 기타( )				
	☐ 금/도재 ☐ 기타( )				
크라운/ 치수(신경)치료	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일:)				
	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일:)				
	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일:)				
	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일:)				
	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일:)				
	☐ 크라운 ☐ 치수치료(시작일:)				

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

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/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
☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일

※ 3, 4번 항목 기입란 부족 시 추가 진료확인서상 작성 가능. 단, 환자기본사항, 의사확인란은 필수 기재

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

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

※ 작성된 치료확인서와 치과 진료챠트(의무기록사본)을 함께 접수