

1. 기본사항

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

2. 세부 치료 항목(치료가 시행된 각각의 치아를 기준으로 작성)

①치아번호	②초진 당시 치아상태	③질병분류 코드	④치료명/수술명	⑤치료일(장착일)	⑥치료시작일	⑦발치일

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

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

⊙ 작성 시 참고 사항

①치아 번호

영구치	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	유치	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

②초진 당시 치아 상태 : 번호 기재

1. 파절상태 2. 신경치료시행치아 3. 보철물치료시행치아 4. 치근관충전시행치아 5. 이미 발치된 치아 6. 해당사항 없음

④치료명 : 해당 번호 기재

1. 스케일링(보험급여적용시 보장가능) 2. 아말감 3. 글래스아이노머

4. 레진치료 5. 골드인레이·온레이 6. 크라운

7. 가성철의치(틀니) 8. 고정성가공의치(브릿지) 9. 임플란트

10. 치수치료 11. 치아촬영(X-ray 및 파노라마) 12. 기타

④수술명 : 해당 영문 기재

A : 골이식술(BBG) B : 골유도재생술(GBR) C : 상악동거상술(SL)

D : 치주소파술 E : 치은신부착술 F : 치은성형술

G : 치은절제술 H : 치은박리소파술 I : 치근면처치술

J : 치조골결손부골이식술 K : 조직유도재생술 L : 조직유도재생막 제거술

M : 치은측방변위판막술 N : 치관변위판막술 O : 치은이식술

P : 치관분리술 Q : 선택적치근절제술 R : 치아반측절제술

S : 치관확장술 T : 기타

⑥치료시작일 : 치수치료의 경우 치료시작일 기재