

치과치료 확인서

보험회사 심사용

환자명	(직인)	주민번호	(인)	초진일
-----	------	------	-----	-----

초진당시 치아상태(*무치악 "X"표기)

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

진단명 :

※ 치료종류 : 해당하는 치료에 "V"표시

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	치료종료일/장착일
스케일링	<input type="checkbox"/> 보험급여				
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	<input type="checkbox"/> 보험급여 <input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타()				
	<input type="checkbox"/> 보험급여 <input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타()				
방사선 촬영	<input type="checkbox"/> 보험급여 <input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선				
	<input type="checkbox"/> 보험급여 <input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선				
충전	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 세라믹(도재) <input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> G.I <input type="checkbox"/> 기타()				
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 세라믹(도재) <input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> G.I <input type="checkbox"/> 기타()				
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 세라믹(도재) <input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> G.I <input type="checkbox"/> 기타()				
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 세라믹(도재) <input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> G.I <input type="checkbox"/> 기타()				
크라운/ 신경치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료				
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료				
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료				
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료				
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수(신경)치료				

발치/임플란트/브릿지/틀니

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일	치료종료일/장착일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니				
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니				
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니				
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니				
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니				

상기 질환으로 치료하였음을 확인합니다. (병원직인 및 의사서명 누락된 경우 무효)

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