



(용도 : 보험회사 제출용)

1. 기본사항

환자명				생년월일			
치료사유	<input type="checkbox"/> 질병	<input type="checkbox"/> 상해	<input type="checkbox"/> 기타()	초진일			

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

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. 보존치료

치료종류	질병분류코드	치아번호	치료진단확정일	치료 시작일	치료 종료일
<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 인레이/온레이 <input type="checkbox"/> 크라운			년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 인레이/온레이 <input type="checkbox"/> 크라운			년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 인레이/온레이 <input type="checkbox"/> 크라운			년 월 일	년 월 일	년 월 일

4. 치수(신경)치료

치료종류	질병분류코드	치아번호	치료진단확정일	치료 시작일	치료 종료일
<input type="checkbox"/> 치수치료			년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 치수치료			년 월 일	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 치수치료			년 월 일	년 월 일	년 월 일

5. 발치 및 보철치료(임플란트/브릿지/틀니) ※ 브릿지와 틀니는 결손부 치아를 기재해 주십시오.

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치 진단확정일	발치일	장착일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	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	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	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

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

※ 작성된 치아치료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 접수
 ※ 치료(발치) 진단확정일이란, 해당 치료(보존, 치수) 또는 발치가 필요하다고 진단(계획)된 진료일을 말합니다.