

치과치료확인서 (치과 병/의원 작성용)

용도 : 보험회사 제출용

1. 기본사항

환자명					주민등록번호				
치료사유	<input type="checkbox"/> 질병	<input type="checkbox"/> 상해	<input type="checkbox"/> 기타()		초진일자	년	월	일	

2. 초진당시 결손부위 및 치아상태 ※해당 치아번호에 치아상태를 기재(결손, 우식, 파절, 기존 치료상태 등)

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

구분	치아종류(□란에 'V' 표시)	질병 분류코드	치아번호	치료일(장착일)
치석제거 (스케일링)	<input type="checkbox"/> 급여 ※ 건강보험 적용 시			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 ※ 건강보험 적용 시			년 월 일
직접충전	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이어노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타()		<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유 치	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이어노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타()		<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유 치	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이어노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타()		<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유 치	년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 기타()		<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유 치	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 기타()		<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유 치	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 기타()		<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유 치	년 월 일
크라운/ 치수(신경)치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)		<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유 치	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)		<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유 치	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:)		<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유 치	년 월 일

4. 보철치료[임플란트/브릿지/틀니] ※브릿지와 틀니는 결손부 치아를 기재. ※해당 치과에서 시행한 내용만 기재

치료종류(□란에 'V' 표시)	질병 분류코드	치아번호	발치일	치료일(장착일)
<input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일

※치료 전후 X-ray 또는 치료 전후 파노라마 사진 첨부

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

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

※작성된 치과치료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 접수
 ※상기 서류만으로 보험금 지급여부 판단이 불가할 경우, 추가로 관련 서류 등을 요청할 수 있습니다.