

# 치과진료확인서 (치과 병·의원 작성용)



## 기본 사항

[용도 : 보험회사 제출용]

성명				주민등록번호			
치료사유	<input type="checkbox"/> 질병	<input type="checkbox"/> 재해		초진일자	년	월	일

## 초진 당시 결손부위 및 치아상태

※ 해당 치아번호에 “○” 표시 및 해당 치아상태(결손, 우식, 파절, 기존 치료상태 등)를 기재해 주십시오

번호	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
상태																
번호	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			
상태																

소견																
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 치료 내용

구분	치료종류	한국질병분류코드	치아번호	치료진단일 (치료 권유일)	치료일 (최종 장착일)
직접충전 (인레이/온레이 외)	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일	년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			년 월 일	년 월 일
크라운치료 치수(신경)치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료			년 월 일	년 월 일

## 발치 / 임플란트 / 브릿지 / 틀니 (브릿지는 브릿지가 장착된 결손 치아를 기재)

치료종류	한국질병분류코드	치아번호	발치일	치료일 (식립일/장착일)
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			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
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			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

## 상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다

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

※ 병(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 무효

※ 작성된 진료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 접수

