

치과치료확인서(치과 병/의원기재용)



1 기본사항

환자성명		주민등록번호		전화번호	
발병원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 재해(상해) <input type="checkbox"/> 기타 []			초진일자	년 월 일

2 초진 당시 결손부위 및 치아상태 (치료 치아에 한해 우식, 파절, 기존 치료상태를 구분하여 기재)

상태	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
상태																

3 치료내용 (세부내역서 첨부)

상태	치료종류	질병분류 코드	치아번호	치료일(장착일)
치아촬영 <input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	<input type="checkbox"/> 구내 방사선(치근단, 교익, 교합)			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 파노라마 촬영			년 월 일
스케일링 <input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여				년 월 일
				년 월 일
주요치주질환치료 (잇몸질환) <input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타 []			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타 []			년 월 일
직접충전	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진			년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 도재 <input type="checkbox"/> 기타 []			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 도재 <input type="checkbox"/> 기타 []			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 도재 <input type="checkbox"/> 기타 []			년 월 일
크라운/ 치수(신경)치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료 [시작일:]			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료 [시작일:]			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료 [시작일:]			년 월 일

※ 유의사항

① 치아공제금 청구시 치아우식(K02, K04), 잇몸질환(K05) 및 재해(상해)로 인한 청구시 보장 가능 ② 치아촬영, 스케일링, 치주질환 치료는 건강보험 적용시 보장 가능

4 발치/임플란트/브릿지/틀니 (발치 전·후 파노라마 사진, 진료기록지, 세부내역서 첨부)

발치	임플란트	브릿지	틀니	질병분류 코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			년 월 일	년 월 일

※ 3, 4번 항목 기입란 부족 시 추가 치과치료확인서 작성 가능. 단, 환자기본사항, 의사확인란은 필수 기재

※ 유의사항 ① 보장개시일 이후 발치시행시 보철치료 보장가능 ② 브릿지는 브릿지가 장착된 결손부 치아를 기재

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.	병원명	(직인)	의사서명	(인)	작성일
	전화번호		면허번호		

※ 병[의]원 직인 및 의사[인]이 누락된 경우 무효 ※ 작성된 치료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 접수