▣ 치아 치료확인서

ABL

1. 환자 기본정보

성 명		생년월일	
발병원인	□ 질병 □ 상해 □기타( )	초진일자	년 월 일

2. 초진당시 결손부위 및 치아상태

＊해당 치아번호에 V 표시 및 치아상태(결손,우식,파절,기존 치료상태를 구분하여 기재)

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

3.보존치료

구분		치료종류	질병 코드	치아 번호	치료일
구내방사선	＊보험 급여적용 시에만 보상	□급여 □비급여			년 월 일
파노라마촬영		□급여 □비급여			년 월 일
치석제거		□급여 □비급여			년 월 일
치주질환 (잇몸질환)		□급여 □비급여 □치주소파술 □치근활택술 □치은절제술 □기타( )			년 월 일
		□급여 □비급여 □치주소파술 □치근활택술 □치은절제술 □기타( )			년 월 일
		□급여 □비급여 □치주소파술 □치근활택술 □치은절제술 □기타( )			년 월 일
직접충전		□아말감 □글래스아이어노머 □레진 □기타( )			년 월 일
		□아말감 □글래스아이어노머 □레진 □기타( )			년 월 일
		□아말감 □글래스아이어노머 □레진 □기타( )			년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)		□금 □도재(세라믹) □기타( )			년 월 일
		□금 □도재(세라믹) □기타( )			년 월 일
		□금 □도재(세라믹) □기타( )			년 월 일
크라운/ 치수(신경)치료		□크라운 □치수치료(시작일:)			년 월 일
		□크라운 □치수치료(시작일:)			년 월 일
		□크라운 □치수치료(시작일:)			년 월 일

4.발치/임플란트/브릿지/틀니/임플란트치조골이식(브릿지와 틀니는 결손부치아를 기재.*해당 치과에서 시행한 내용만 기재)

발치	임플란트	브릿지	틀니	임플란트 치조골이식	질병 분류코드	치아번호	발치일	치료일 (식립일/장착일)
□	□	□	□	□			년 월 일	년 월 일
□	□	□	□	□			년 월 일	년 월 일
□	□	□	□	□			년 월 일	년 월 일
□	□	□	□	□			년 월 일	년 월 일

상기질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

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

*병(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 무효

- 작성된 치료확인서와 치과진료차트(의무기록사본)를 함께 접수
- 상기 확인서는 견본양식으로 실무상 필요한 경우 일부를 수정하여 사용할 수 있음