HEALTHIER, LONGER, BETTER LIVES

치과치료확인서 (용도: 보험회사 제출용)

환자명		주민번호		초진일	년 월 일

1. 초진 당시 결손부위 및 치아상태(치아번호에 "0" 표시 및 하단에 치아상태 또는 기치료내용등을 기재바랍니다.)

영구치	27	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
	37	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36
유치				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	

2. 보존치료(치주치료는 보험급여 적용받은 치료에 한하여 기재바랍니다.)

구분	치료종류(☐란에 'V' 표시)	질병 분류코드	치아번호	치료 최초진단일자	치료완료일 (보철장착일)
치석제거(스케일링)				년 월 일 년 월 일	년 월 일 년 월 일
주요 치주질환	☐치주소파술 ☐치근활택술 ☐기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐치주소파술 ☐치근활택술 ☐기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐치주소파술 ☐치근활택술 ☐기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐치주소파술 ☐치근활택술 ☐기타( )			년 월 일	년 월 일
충전치료	☐아말감 ☐레진 ☐인레이/온레이 ☐기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐아말감 ☐레진 ☐인레이/온레이 ☐기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐아말감 ☐레진 ☐인레이/온레이 ☐기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐아말감 ☐레진 ☐인레이/온레이 ☐기타( )			년 월 일	년 월 일
크라운 / 치수(신경)치료	☐크라운 ☐치수치료(시작일:)			년 월 일	년 월 일
	☐크라운 ☐치수치료(시작일:)			년 월 일	년 월 일
	☐크라운 ☐치수치료(시작일:)			년 월 일	년 월 일
	☐크라운 ☐치수치료(시작일:)			년 월 일	년 월 일

3. 발치 및 보철치료 [임플란트/브릿지/틀니]

치료종류(☐란에 'V' 표시)	질병 분류코드	치아번호	발치 및 치료 최초 진단일자	발치일	치료완료일 (임플란트수술/보철장착)
☐발치 ☐임프란트 ☐브릿지 ☐틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐발치 ☐임프란트 ☐브릿지 ☐틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐발치 ☐임프란트 ☐브릿지 ☐틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐발치 ☐임프란트 ☐브릿지 ☐틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐발치 ☐임프란트 ☐브릿지 ☐틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일

4. 기타 소견

병원명		의사명		(직인)
전화번호		면허번호		

작성일: 년 월 일

※ 지면 부족시 '치과치료확인서'를 추가로 작성해 주시기 바랍니다.