DB손해보험

치아보험 전용 치료확인서

1.기본사항

환자성명		생년월일		전화번호	
발병원인	☐ 질병 ☐ 상해 ☐ 기타 ( )		초진일자	년 월 일	

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

결손부위																
	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.치료내용

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일(장착일)
X-ray, 파노라마	☐ X-ray촬영 ☐ 파노라마촬영			년 월 일	년 월 일
스케일링	☐ 급여 ※ 보험급여 적용 시			년 월 일	년 월 일
치주질환치료 (잇몸질환)	☐ 치주소파술 ☐ 치근활택술 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 치주소파술 ☐ 치근활택술 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
치조골이식술	☐ 치조골이식술 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 치조골이식술 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일

4.보존/근관치료

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일(장착일)
직접충전	☐ 아말감 ☐ 글래스아미노머(GI)			년 월 일	년 월 일
	☐ 아말감 ☐ 글래스아미노머(GI)			년 월 일	년 월 일
	☐ 레진 등(인,온레이 및 아마감,GI 제외)			년 월 일	년 월 일
	☐ 레진 등(인,온레이 및 아마감,GI 제외)			년 월 일	년 월 일
	☐ 레진 등(인,온레이 및 아마감,GI 제외)			년 월 일	년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)	☐ 금/도재 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 금/도재 ☐ 기타( )			년 월 일	년 월 일
	☐ 금/도재 ☐ 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

5.발치/임플란트/브릿지/틀니(브릿지는 브릿지가 장착된 결손부 치아를 기재)

치료종류	질병 분류코드	치아번호	진단일	발치일	치료일 (식립일,장착일)
☐ 단순발치* ☐ 정교발치* ☐ 완전매복발치* ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 단순발치* ☐ 정교발치* ☐ 완전매복발치* ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 단순발치* ☐ 정교발치* ☐ 완전매복발치* ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 단순발치* ☐ 정교발치* ☐ 완전매복발치* ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 단순발치* ☐ 정교발치* ☐ 완전매복발치* ☐ 임플란트 ☐ 브릿지 ☐ 틀니			년 월 일	년 월 일	년 월 일

※ 단순발치* : 유치(U4411), 전치(U4412), 구치(U4413) / **정교발치*** : 난발치(U4414), 단순매복치(U4415), 복잡매복치(U4416) / **완전매복발치*** : 완전매복치(U4417)

※ 4,5번 항목 기입란 부족 시 추가 진료확인서 작성 가능. 단, 환자기본사항, 의사확인란은 필수 기재

상기질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.(병[의]원 직인 및 의사[인]이 누락된 경우 무효)

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

※ 작성된 치료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 접수