당신의 봄

치과치료확인서 (치과 병/의원 기재용)

환자명		주민등록번호		초진일	년 월 일
발병원인	☐질병 ☐상해 ☐기타( )				

※ 초진 당시 결손부위 (해당치아에 ○표시)

상·하악 우측								상·하악 좌측							
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

스케일링/보존치료/치수치료

구분	치아구분	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일(장착일)	치료종류(☐란에 "V" 표시)
스케일링	☐영구치 ☐유치					☐급여 ※ 보험급여 적용시(연1회)에만 보장가능합니다.
보존치료	☐영구치 ☐유치					☐아말감 ☐복합레진 ☐글래스아이노머(GI) ☐인레이 ☐온레이 ☐크라운 ☐기타 ( )
	☐영구치 ☐유치					☐아말감 ☐복합레진 ☐글래스아이노머(GI) ☐인레이 ☐온레이 ☐크라운 ☐기타 ( )
치수치료	☐영구치 ☐유치					☐치수(신경) 치료

영상진단/발치치료/특정치주질환

구분	치아구분	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일(발치일)	치료종류(☐란에 "V" 표시)	진료행위코드
X-ray	☐영구치 ☐유치					☐치근단촬영 ☐교익촬영 ☐교합촬영	Gxxxx
파노라마	☐영구치 ☐유치					☐파노라마 촬영	Gxxxx
발치치료	☐영구치 ☐유치					☐단순발치 ☐부분매복 ☐완전매복	Uxxxx
	☐영구치 ☐유치					☐단순발치 ☐부분매복 ☐완전매복	Uxxxx
치주질환 (잇몸질환)	☐영구치 ☐유치					☐치주소파술 ☐치근활택술 ☐기타( ) ☐급여여부	Uxxxx
	☐영구치 ☐유치						

임플란트/브릿지/틀니

※ 브릿지/틀니는 결손부 치아(pontic)를 기재(발치와 보철치료를 다른 병원에서 시행한 경우, 해당 병원 치료만 기재 바랍니다.)

치료종류(☐란에 "V" 표시)	치아구분	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
☐발치 ☐임플란트 ☐브릿지 ☐틀니	☐영구치 ☐유치				
☐발치 ☐임플란트 ☐브릿지 ☐틀니	☐영구치 ☐유치				
☐발치 ☐임플란트 ☐브릿지 ☐틀니	☐영구치 ☐유치				

특정임플란트 치조골이식술 치료비

※ 임플란트 치료時 치조골 이식술 치료를 받은 경우 작성(골이식술, 골유도재생술, 상악동거상술을 시행한 경우만 보상됩니다.)

치아구분	치아번호	치료종류	치료종류 보기
☐영구치 ☐유치			A. 골이식술(BBG, Block Bone Graft) B. 골유도재생술(GBR, Guided Bone Regeneration) C. 상악동거상술(SL, Sinus Lifting) D. 골분할술(Ridge split technique) E. 골신장술(Distraction osteogenesis) F. 기타(상세 치료명 기재부탁드립니다.)

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

병원명	(직인)	의사성명	(인)	면허번호	
전화번호	( )	작성일			