

치과치료확인서 (치과 병/의원 기재용)

환자명	주민등록번호	초진일	년 월 일
발병원인	질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> ()		

※ 초진 당시 결손부위 (해당치아에 O표시)

상악 우측								상악 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
하악 우측								하악 좌측							

치료내용

구분	치료종류(□란에 "V" 표시)	질병분류코드	치아번호	진단일	치료일(장착일)
스케일링	<input type="checkbox"/> 급여 ※ 보험급여 적용시(연1회)에만 보장가능합니다.			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 ※ 보험급여 적용시(연1회)에만 보장가능합니다.			년 월 일	년 월 일
보존치료	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI)			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 인레이 <input type="checkbox"/> 온레이 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI)			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 인레이 <input type="checkbox"/> 온레이 <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일	년 월 일
치수치료	<input type="checkbox"/> 치수(신경) 치료			년 월 일	년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치수(신경) 치료			년 월 일	년 월 일

발치/임플란트/브릿지/틀니

※ 브릿지/틀니는 결손부 치아(pontic)를 기재해 주십시오
 ※ 발치 치과와 보철치료 치과가 다른 경우, 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해 주십시오

치료종류(□란에 "V" 표시)	치아구분	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치				
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치				

특정임플란트 치조골이식술 치료비

※ 임플란트 치료시 치조골 이식술 치료를 받은 경우 작성해 주십시오
 - 특정 임플란트 치조골 이식술 치료비는 골이식술, 골유도재생술, 상악동거상술을 시행한 경우만 보상됩니다

치아번호	치료종류	치료종류 보기
		A. 골이식술(BBG, Block Bone Graft) B. 골유도재생술(GBR, Guided Bone Regeneration) C. 상악동거상술(SL, Sinus Lifting) D. 골분할술(Ridge split technique) E. 골신장술(Distracted osteogenesis) F. 기타(상세 치료명 기재 부탁드립니다.)

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

병원명	(직인)	의사성명	(인)	면허번호
전화번호	()	작성일		

