

치과진료확인서(치과 병/의원)

1. 인적사항

성명		주민번호		초진일자	년 월 일
----	--	------	--	------	-------

2. 초진 당시 결손부위 및 치아상태

번호	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
상태																
번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
상태																

3. 치료내용

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	치료일
치석제거 (스케일링)	<input type="checkbox"/> 급여 ※건강보험 적용시			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 ※건강보험 적용시			년 월 일
치주질환 (잇몸질환)	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타 () ※건강보험 적용시			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타 () ※건강보험 적용시			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타 () ※건강보험 적용시			년 월 일
보존치료 (인레이/온레이 외)	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
인레이/온레이	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
크라운치료 치수신경치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료			년 월 일

4. 발치/임플란트/브릿지/틀니(브릿지는 브릿지가 장착된 결손된 치아를 기재)

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	

※ 임플란트, 브릿지, 틀니 청구시 치료 전후 X-ray 또는 치료 전후 파노라마 사진을 첨부해주시기 바랍니다.

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. 병(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 무효

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

치과진료확인서(치과 병/의원)

1. 인적사항

성명	김삼성	주민번호	700101 - 1*****	초진일자	2018년 3월 9일
----	-----	------	-----------------	------	-------------

2. 초진 당시 결손부위 및 치아상태

번호	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
상태					v											
번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
상태											v					

3. 치료내용

구분	치료종류	질병분류코드	치아번호	치료일
치석제거 (스케일링)	<input type="checkbox"/> 급여 ※건강보험 적용시			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 ※건강보험 적용시			년 월 일
치주질환 (잇몸질환)	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타 () ※건강보험 적용시			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타 () ※건강보험 적용시			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은박리소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타 () ※건강보험 적용시			년 월 일
보존치료 (인레이/온레이 외)	<input checked="" type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()	K05	14	18년 3월 9일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
인레이/온레이	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금/도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
크라운치료 치수신경치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료			년 월 일

4. 발치/임플란트/브릿지/틀니(브릿지는 브릿지가 장착된 결손된 치아를 기재)

치료종류	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input checked="" type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	K02	33	18년 3월 9일	18년 3월 9일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	

※ 임플란트, 브릿지, 틀니 청구시 치료 전후 X-ray 또는 치료 전후 파노라마 사진을 첨부해주시기 바랍니다.

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. 병(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 무효

병원명	삼성병원 (작업 병원)	의사성명	김삼성 (인)	면허번호	12345
전화번호	02-1234-5678	작성일	2018년 4월 10일		