

치과치료확인서 (치과 병/의원기재용)



① 기본사항

환자성명		생년월일		전화번호	
발병원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 기타 []	초진일자	년	월	일

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

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	질병분류 코드	치아번호	치료일(장착일)
치아촬영	<input type="checkbox"/> 구내 방사선(치근단, 교익, 교합)			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 파노라마 촬영			년 월 일
스케일링	<input type="checkbox"/> 급여 *보험급여 적용시			년 월 일
				년 월 일
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타 []			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타 []			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타 []			년 월 일
직접충전	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 레진			년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 도재 <input type="checkbox"/> 기타 []			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 도재 <input type="checkbox"/> 기타 []			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 도재 <input type="checkbox"/> 기타 []			년 월 일
크라운/ 치수(신경)치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료 [시작일:]			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료 [시작일:]			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료 [시작일:]			년 월 일

④ 발치/임플란트/브릿지/틀니/재식립임플란트/임플란트치조골이식 (브릿지는 브릿지가 장착된 결손부 치아를 기재)

발치	임플란트	브릿지	틀니	재식립 임플란트	임플란트 치조골이식	질병분류 코드	치아번호	발치일	치료일 (식립일/장착일)
<input type="checkbox"/>			년 월 일	년 월 일					
<input type="checkbox"/>			년 월 일	년 월 일					
<input type="checkbox"/>			년 월 일	년 월 일					
<input type="checkbox"/>			년 월 일	년 월 일					

* 3, 4번 항목 기입란 부족 시 추가 진료확인서 작성 가능. 단, 환자기본사항, 의사확인란은 필수 기재

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.	병원명	(직인)	의사서명	(인)	작성일	. .
	전화번호		면허번호			

* 병(의)원 '직인' 및 의사 '인'이 누락된 경우 무효

- 작성된 진료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 접수
- 상기 확인서는 견본양식으로 실무상 필요한 경우에는 일부를 수정하여 사용할 수 있음