치과치료확인서 (치과/병의원 기재용)

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

초진 당시 결손부위

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		□급여 ※ 보험급여 적용시(연1회)에만 보장가능합니다.			년 월 일	년 월 일
		□급여 ※ 보험급여 적용시(연1회)에만 보장가능합니다.			년 월 일	년 월 일
치아 보존 치료	충전	□아말감 □글래스아이오노머(GI)			년 월 일	년 월 일
		□인레이 □온레이 □복합레진 □크라운 □기타			년 월 일	년 월 일
		□아말감 □글래스아이오노머(GI)			년 월 일	년 월 일
		□인레이 □온레이 □복합레진 □크라운 □기타			년 월 일	년 월 일
		□아말감 □글래스아이오노머(GI)			년 월 일	년 월 일
		□인레이 □온레이 □복합레진 □크라운 □기타			년 월 일	년 월 일
	치수	□치수(신경)치료			년 월 일	년 월 일
		□치수(신경)치료			년 월 일	년 월 일

발치/임플란트/브릿지/틀니(보철치료/영구치아상실)

치료종류(□란에 'V'표시)	치아구분	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일
□발치 □임플란트 □브릿지 □틀니	□영구치 □유치			년 월 일	년 월 일
□발치 □임플란트 □브릿지 □틀니	□영구치 □유치			년 월 일	년 월 일
□발치 □임플란트 □브릿지 □틀니	□영구치 □유치			년 월 일	년 월 일

※ 브릿지/틀니는 결손부 치아(pontic)를 기재해 주십시오.
※ 치료 전후의 X-ray 또는 치료 전후 파노라마 사진을 첨부해주시기 바랍니다.
※ 발치 치과와 보철치료 치과가 다른 경우, 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해 주십시오.

기타치료(상기 치료 외 기타치료 사항 기재)

치료내용 (수술명)	치아구분	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일
	□영구치 □유치			년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

병원명	(직인)	의사성명	(직인)	면허번호	
주 소		전화번호		작성일	년 월 일

※ 병(의)원의 (직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.
※ 작성된 치료확인서와 치과 진료챠트(의무기록사본)을 함께 접수해 주시기 바랍니다.