

치아보험 전용 치료확인서(표준안)

1. 기본사항

| | | | | | |
|------|--|------|--------------------------------|------|--|
| 환자성명 | | 생년월일 | | 전화번호 | |
| 발병원인 | <input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 기타 () | 초진일자 | <input type="checkbox"/> 년 월 일 | | |

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 결손부위 | 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) |
|------------------------|--|---------|------|----------|
| 스케일링 | <input type="checkbox"/> 급여 ※보험급여 적용시 | | | 년 월 일 |
| | <input type="checkbox"/> 급여 ※보험급여 적용시 | | | 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"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타() | | | 년 월 일 |
| | <input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타() | | | 년 월 일 |
| | <input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타() | | | 년 월 일 |
| | <input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타() | | | 년 월 일 |
| 간접충전 (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 |
| | <input type="checkbox"/> 금/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 |
| | <input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일:) | | | 년 월 일 |

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

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

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

상기질환으로 인하여 치료하였음을 확인 합니다.(병의)원 직인 및 의사[인]이 누락된 경우 무효)

| | | | | | |
|------|------|------|-----|------|-------|
| 병원명 | (직인) | 의사서명 | (인) | 면허번호 | |
| 전화번호 | | 작성일 | | | 년 월 일 |

※작성된 치료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 접수