

치과치료확인서(치과 병/의원기재용)



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 치료상태를 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)
치아촬영	<input type="checkbox"/> 구내 방사선(치근단, 교익, 교합) 촬영			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 구내 방사선(치근단, 교익, 교합) 촬영			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 파노라마 촬영			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 파노라마 촬영			년 월 일
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
간접충전 (인레이/온레이)	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 <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(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

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

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

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

※ 작성된 진료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 접수