치과치료 확인서 보험회사 제출용

■ 인적사항

환자명		주민등록번호		환자등록번호	

■ 내원경위 [초진일 : 년 월 일]

- 내원 경위 (☐ 질병 ☐ 상해) :
- 초진 당시 결손 부위 (해당 치아 숫자에 ○ 표시를 해주십시오.)

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

※ 소견, 기존 치료내역, 결손부위 등 :

■ 보존치료/치수치료 ※ 최종치료(장착일) 내용에 한해 기재해주십시오. (임시치료 제외)

치아구분	치아번호	한국질병 분류코드	치료항목	진단일	치료일(장착일)	치료종료여부(종료일 기재)
☐ 영구치 ☐ 유치			☐ 아말감/글래스아이노머(GI) ☐ 레진필링/인(온레이) ☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료 ☐ 기타( )	년 월 일	년 월 일	☐ 종료 (년 월 일) ☐ 치료 중
☐ 영구치 ☐ 유치			☐ 아말감/글래스아이노머(GI) ☐ 레진필링/인(온레이) ☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료 ☐ 기타( )	년 월 일	년 월 일	☐ 종료 (년 월 일) ☐ 치료 중
☐ 영구치 ☐ 유치			☐ 아말감/글래스아이노머(GI) ☐ 레진필링/인(온레이) ☐ 크라운 ☐ 치수(신경)치료 ☐ 기타( )	년 월 일	년 월 일	☐ 종료 (년 월 일) ☐ 치료 중

■ 보철치료/발치 ※브릿지/틀니는 결손치아(pontic)를 기재해주십시오. (발치와 보철치료를 타병원에서 시행한 경우 해당병원 치료만 기재)

치아구분	치아번호	한국질병 분류코드	치료항목	진단일	발거(치)일	치료일(식립일/장착일)
☐ 영구치 ☐ 유치			☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 틀니 ☐ 브릿지	년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 영구치 ☐ 유치			☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 틀니 ☐ 브릿지	년 월 일	년 월 일	년 월 일
☐ 영구치 ☐ 유치			☐ 발치 ☐ 임플란트 ☐ 틀니 ☐ 브릿지	년 월 일	년 월 일	년 월 일

■ 기타 치료(치주치료 포함) ※ 스케일링,치아촬영,치주질환치료는 보험급여 또는 의료급여 적용시에만 기재해주십시오

치아구분	치아번호	한국질병 분류코드	치료내용	진단일	치료일(장착일)
스케일링			☐ 급여 (※ 보험급여 또는 의료급여 적용시에(연1회) 보장됩니다.)	년 월 일	년 월 일
치아촬영			☐ X-ray[치근단/교익/교합]촬영 ☐ 파노라마 촬영	년 월 일	년 월 일
			☐ X-ray[치근단/교익/교합]촬영 ☐ 파노라마 촬영	년 월 일	년 월 일
치주질환치료 (잇몸치료)			☐ 치주소파술[1/3악당] ☐ 기타 ( )	년 월 일	년 월 일
			☐ 치주소파술[1/3악당] ☐ 기타 ( )	년 월 일	년 월 일
치조골이식술			☐ 발거(치)일 (년 월 일) ☐ 골이식술 ☐ 골유도재생술 ☐ 상악동거상술	년 월 일	년 월 일
기타				년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다. ※ 병(의)원의 (직인) 및 의사(인)이 누락된 본 치료확인서는 무효입니다.

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

※보장내용은 가입하신 상품에 따라 상이 할 수 있으며, 정확한 심사를 위하여 해당 서류 이외에 추가 서류를 요청드릴 수 있습니다.