

□ 치아 치료확인서

1. 환자 기본정보

성명		생년월일	
발병원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 기타()	초진일자	년 월 일

2. 초진당시 결손부위 및 치아상태

* 해당 치아번호에 V 표시 및 치아상태(결손, 우식, 파절, 기존 치료상태를 구분하여 기재)

번호	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
상태																
번호	48	47	45	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
상태																

3. 보존치료

구분	치료종류	질병 코드	치아 번호	치료일
구내방사선	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여			년 월 일
파노라마촬영	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여			년 월 일
치석제거	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여			년 월 일
치주질환 (잇몸질환)	*보험 급여적용 시에만 보상 <input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여 <input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
직접충전	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이어노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이어노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이어노머 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 도재(세라믹) <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/임플란트치조골이식(브릿지와 틀니는 결손부치아를 기재.*해당 치과에서 시행한 내용만 기재)

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

상기질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

병원명		(직인)	의사명		(인)
요양기관기호			면허번호		
전화번호			작성일		년 월 일

*병(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 무효
 • 작성된 치료확인서와 치료진료차트(의무기록사본)를 함께 접수
 • 상기 확인서는 견본양식으로 실무상 필요한 경우 일부를 수정하여 사용할 수 있음