



치료확인서(Dental 질병_치과병/의원 기재용)

환자명		주민등록번호		용도	보험회사 제출용
치료사유		초진일자			

초진 당시 결손 부위(* 해당 치아 번호에 O 표시를 해 주십시오.)

v 표시	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
치아번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
구분	치아종류 및 치료내용						질병코드	치아번호	치료일자	진료행위코드						
스케일링	<input type="checkbox"/> 보험급여여부															
치주질환 치료	<input type="checkbox"/> 치료항목()															
	<input type="checkbox"/> 보험급여여부															
치아촬영	<input type="checkbox"/> X-ray			<input type="checkbox"/> 보험급여여부												
	<input type="checkbox"/> 파노라마			<input type="checkbox"/> 보험급여여부												

* 스케일링, 치주질환 치료, 치아촬영은 보험급여 적용 시에만 보장이 가능합니다.

치아분류	치료내용	질병코드	진단병명	치아번호	치료일자 (최종종료일)
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	치수(신경)치료				
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	아말감				
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	글래스아이오노머				
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	레진				
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	금(도재)인·온레이				
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	크라उन				

* 발치치과와 보철치료 치과가 다른 경우 각각의 치과에서 시행한 내용만 기재해 주십시오. 브릿지는 결손부위 치아를 기재해 주십시오.

치아분류	치료내용	질병코드	진단병명	치아번호	발거일자	치료일자 (임플란트 식립일/ 브릿지,틀니장착일)
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	임플란트					
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	브릿지					
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	틀니					
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치	영구치 발거					

* 발거 전 파노라마사진과 치료 후 파노라마 사진을 첨부하여 주시기 바랍니다.

작성일자	병/의원명	요양기관기호	전화번호	의사명

* 임플란트/브릿지/틀니/크라उन 치료확인서(또는 진단서)와 의무기록사본을 모두 접수해주시고, 충전은 치료확인서(또는 진단서)만 접수해주시면 됩니다.