



[용도 : 보험회사 제출용]

성명		주민번호		병력번호	
----	--	------	--	------	--

◆ 초진(내원)시 치아상태 ※ 해당 치아번호 치아상태에 ① ~ ⑥에 해당하는 번호표시를 해주십시오.

내원사유											초진일자		년			월		일	
치아번호	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
치아상태																			
치아번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
치아상태																			
소견																			

*초진(내원)시 ① 이미 발거된 치아 ② 보존치료(충전치료) 된 치아 ③ 보철치료 된 치아 ④ 신경치료 된 치아 ⑤ 치아파절 된 치아 ⑥ 기타

◆ 치료내용

1. 영구치 발거치료/영구치 치수치료

사유구분	질병분류코드	치아번호	치료종류(□란에 V표시)	발거(치)일	치료일
□질병 □재해			□발거(치) □치수치료	년 월 일	년 월 일
□질병 □재해			□발거(치) □치수치료	년 월 일	년 월 일
□질병 □재해			□발거(치) □치수치료	년 월 일	년 월 일

2. 영구치 보철치료 ※ 해당 치과에서 시행한 내용만 기재 바랍니다.

사유구분	질병분류코드	치아번호	치료종류(□란에 V표시)	발거(치)일	치료일
□질병 □재해			□임플란트 □브릿지 □틀니	년 월 일	년 월 일
□질병 □재해			□임플란트 □브릿지 □틀니	년 월 일	년 월 일
□질병 □재해			□임플란트 □브릿지 □틀니	년 월 일	년 월 일

※ 임플란트, 브릿지, 틀니 청구시 치료 전후 X-ray 또는 파노라마 사진을 첨부해주시기 바랍니다.

3. 보존치료

사유구분	질병분류코드	치아번호	치료종류(□란에 V표시)	치아구분	치료일(장착일)
□질병 □재해			□크라운 □인레이/온레이 □레진 □아말감 □글래스아이노머(GI) □기타()	□영구치 □유치	년 월 일
□질병 □재해			□크라운 □인레이/온레이 □레진 □아말감 □글래스아이노머(GI) □기타()	□영구치 □유치	년 월 일
□질병 □재해			□크라운 □인레이/온레이 □레진 □아말감 □글래스아이노머(GI) □기타()	□영구치 □유치	년 월 일
□질병 □재해			□크라운 □인레이/온레이 □레진 □아말감 □글래스아이노머(GI) □기타()	□영구치 □유치	년 월 일

4. 치석제거치료 ※ 치석제거치료는 건강보험 급여 적용시에만 보장됩니다.

질병분류코드	치아번호	치료종류(□란에 V표시)	건강보험 적용 여부	치료일
		□스케일링	□급여 (건강보험 적용시)	년 월 일
		□스케일링	□급여 (건강보험 적용시)	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

※ 병(의)원의 (직인) 및 의사(인)이 누락된 경우, 본 치료확인서는 무효입니다.

병원명	(직인)	의사성명	(인)	의사면허번호	
전화번호		작성일	년 월 일		