

치과치료확인서

1. 환자의 인적사항

성명		주민등록번호		초진일자		년	월	일
내원경위		상해		질병		기타		()

2. 세부 치료 항목 (치료가 시행된 각각의 치아를 기준으로 작성)

①치아번호	②내원 시 치아상태	③진단 확정일	④진단명 (치료사유)	⑤수술명 /치료명	⑥진료 시작일	⑦진료 종료일	⑧발거일	⑨기타
				/				
				/				
				/				
				/				
				/				
				/				
				/				
				/				
				/				
				/				

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

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

병 원 명		(직인)	의사성명		(인)	면허번호	
전화번호	()	-	작 성 일		년	월	일

※ 작성 시 참조 사항

① 치아번호

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

② 내원시 치아 상태

1. 파절상태 2. 신경치료시행치아 3. 보철물치료시행치아 4. 치근관충전시행치아 5. 이미발견된치아 6. 해당사항없음

④ 진단명(치료사유) : 세부코드기재

K00 : 치아의 발육 및 맹출장애	K01 : 매몰치 및 매복치	K02 : 치아우식
K03 : 치아경조직의 기타질환	K04 : 치수 및 치근단주위조직의 질환	K05 : 치은염 및 치주질환
K06 : 잇몸 및 무치성 치조용기의 기타장애	K07 : 치아 얼굴이상(부정교합포함)	K08 : 치아 및 지지구조의 기타장애
S02.5 : 치아파절	S03.2 : 치아의 탈구	

** 상기 이외 사유의 경우 번호 기재

1. 의치보철준비 2. 치열교정준비 3. 대체 수리 복구

⑤ 수술명 : 해당 영문 기재

A. 치조소파술	B. 치은신부착술	C. 치은성형술
D. 치은절제술	E. 치은박리소파술	F. 치근면치치술
G. 치조골결손부 골이식술	H. 조직유도재생술	I. 조직유도재생막제거술
J. 치은측방변위판막술, 치관변위판막술	K. 치은이식술	L. 치관분리술
M. 치근절제술	N. 치관확장술	O. 기타

치료명 : 해당 번호 기재

1. 스케일링 *보험급여 적용시 보장가능 2. 아말감 3. 글래스아이노머
 4. 레진필링치료 5. 인레이·온레이 6. 크라운
 7. 가철성의치(틀니) 8. 고정성가공의치(브릿지) 9. 임플란트
 10. 치수치료 11. 기타

⑥ 진료시작일 = 치료개시일

⑦ 진료종료일 = 치료종료일

단, 청구시점에 치료가 지속되는 경우는 종료예정일 기재