치과치료확인서

한화손보

1. 인적사항

성명		주민등록번호		병록번호	

2. 초진(내원)시 치아상태

결손부위

상·하악 우측								상·하악 좌측							
18	17	16	15	15	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	

내원 당시 치아 상태를 체크해주세요.

1. 파절 상태 2. 신경치료 시행 치아 3. 보철물 치료 시행 치아 4. 충전치료 시행 치아 5. 이미 발거된 치아 6. 기타 ( )

2. 세부 치료내용

치아번호 (FDI)	치료명	한국질병 분류코드	진단일	치료시작일	치료종료일	발거여부	발거일	비고
						☐		
						☐		
						☐		
						☐		
						☐		
						☐		
						☐		
						☐		

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

세부 치료내용 참고

치료명	① 아말감 ② 글래스아이노머 ③ 레진필링치료 ④ 인레이, 온레이 ⑤ 크라운 ⑥ 가철성의치(틀니) ⑦ 고정성가공의치(브릿지) ⑧ 임플란트 ⑨ 기타 ( )
발거여부	해당 치아가 발거된 경우 V 표시
발거일	가철성의치, 고정성가공의치, 임플란트 치료로 발거 시 실제 발거일 작성
비고	해당 치료에 대해 특이사항 기재 ※보철물 대체수리복구, 치열교정준비, 의치보철준비 등

병원명	(직인)	의사명	(인)
전화번호		면허번호	
전화번호		작성일	