



에이스보험

에이스아메리카화재해상보험주식회사한국지점

서울시 중구 남대문로 5 가 581 번지, 서울씨티타워빌딩 19 층 (우편번호 100-741)

82 2 2127 2400 전화 / 82 2 2127 2304 팩스 / www.aceinsurance.co.kr

# 치 료 확 인 서(Dental) (치과병/의원 기재용)

환 자 명		주민 등록 번호		용도	보험회사 제출용
-------	--	----------	--	----	----------

치료 전 치아 상태 소견																
[표시]	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
치아 번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
[소견]																

\* 환자의 치료 내용 중 해당하는 치료에 대하여 '표시'란에 체크해주시고, 치료 치아번호로 표기해 주십시오.

치료 구분	치료 내용	치아 번호 기재	표시	
검진 (Visits)	치아치료를 위한 종합 구강 검진 (Comprehensive oral evaluation for additional treatment)		<input type="checkbox"/>	
	치통의 응급 임시치료 및 임시 처치 (Emergency palliative treatment of dental pain and minor procedure)		<input type="checkbox"/>	
구강 위생 및 치주 (Hygiene and Periodontal)	치아치료를 위한 스케일링 (Prophylaxis / Scaling for additional treatment)		<input type="checkbox"/>	
엑스레이 (Radiology)	구내방사선 및 교익 방사선 사진 (근관치료시 제외) (X-ray intraoral / bitewing)		<input type="checkbox"/>	
	두개골후전방향촬영 및 측방촬영, 안면골조사필름 (Posterior-anterior or lateral skull and facial bone survey film)		<input type="checkbox"/>	
	추가 엑스레이 및 교익 방사선 (Each addition x-ray / bitewing)		<input type="checkbox"/>	
	파노라마 사진 (Panoramic x-ray)		<input type="checkbox"/>	
발치 (Extractions)	단순발치 (Simple extraction - erupted tooth or exposed root)	-----	<input type="checkbox"/>	
	정교한 발치 (Complicated extraction, tooth or root, partially bony)	-----	<input type="checkbox"/>	
	매복된 치아의 발치 (Removal of impacted, completely bony)	-----	<input type="checkbox"/>	
치주치료 (Periodontal)	스플린팅 (Provision splinting - extracoronal)	-----	<input type="checkbox"/>	
	치은절제술, 치은성형술 (Gingivectomy or gingivoplasty, per tooth)	-----	<input type="checkbox"/>	
	치근절단술 (Root amputation - per root)	-----	<input type="checkbox"/>	
보존치료 (Conservative)	아말감 충전(1~5 면) (Amalgam, 1-5 surfaces, permanent)	-----	<input type="checkbox"/>	
	골드 인레이 (Metalic Inlay, 1-2 surfaces, permanent (gold inlay))	-----	<input type="checkbox"/>	
	골드 온레이 (Metalic Onlay, 3-5 surface, permanent (gold onlay))	-----	<input type="checkbox"/>	
	컴퍼짓 레진 (Composite / resin, 1-5 surfaces, permanent)	교합면 (Occlusal)	-----	<input type="checkbox"/>
		인접면 (Proximal)	-----	<input type="checkbox"/>
		치경부 (Cervical)	-----	<input type="checkbox"/>
	실란트 (Sealant)	-----	<input type="checkbox"/>	
크라운 (Crown)	-----	<input type="checkbox"/>		
근관치료 (Endodontic)	1개 근관/엑스레이 포함 (Root canal, 1 canal / x-ray included)	-----	<input type="checkbox"/>	
	2개 근관/엑스레이 포함 (Root canal, 2 canals / x-ray included)	-----	<input type="checkbox"/>	
	3개 근관/ 엑스레이 포함 (Root canal, 3 canals / x-ray included)	-----	<input type="checkbox"/>	
	치수절단술 (Therapeutic pulpotomy (excluding final restoration))	-----	<input type="checkbox"/>	

기타 사항은 치아안심보험 고객센터로 문의하시기 바랍니다. 1566-5800(ARS 4) (평일09:00-18:00/토요일, 공휴일 휴무) 상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

확인일	병·의원 명	전화번호	의 사 명
			(인)