



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 (Metallic Inlay, 1-2 surfaces, permanent (gold inlay)) | ----- | <input type="checkbox"/> | |
| | 골드 온레이 (Metallic 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) |