【附件 4】

病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書

姓名：　　病歷號碼：

一、醫學病史：

□糖尿病　□心血管疾病　□高血壓　□呼吸道感染（感冒、肺炎）

□癌　症　□懷　孕　□其他(　　)

□服用骨質疏鬆藥物　□無

二、個人習慣：

抽　菸：□無 □有　(　　包/天，　　年)

喝　酒：□無 □有

嚼檳榔：□無 □有　(　　顆/天，　　年)

過　敏：□無 □藥物 (　　) □食物 (　　)

三、家族病史：

□糖尿病　□心血管疾病　□高血壓　□癌症 (種類：　　)

□其他疾病 (　　) □無

醫師之聲明

1. 我已經為病人完成治療前評估之工作。
2. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋治療之相關資訊，特別是下列事項：
   □治療的原因和方式□建議麻醉方式為局部麻醉□牙周病治療之健保支付項目
   □治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
   □相關說明資料（牙周病照護手冊或電子檔），我已交付病人。
3. 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次治療與涉及之局部麻醉問題，並給予答覆：
   _____

病人之聲明

1. 以下的事項，牙醫師已向我解釋，並且我已完全了解。
   (1) 施行治療的原因和方式。
   (2) 為順利進行治療，我可能同時接受局部麻醉，以解除治療所造成之痛苦及恐懼。
   (3) 治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
   (4) 牙周病治療之健保支付項目。
2. 我已獲得並且閱讀相關說明資料（牙周病照護手冊或電子檔）。
3. 針對要接受的治療與麻醉之進行，我能向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
4. 本人一年內未曾接受齒齦下刮除術或牙周翻瓣手術。

基於上述聲明，我同意接受牙周病統合性治療。

牙醫師簽名：　　立同意書人簽名：　　與病患之關係：

中華民國　　年　　月　　日

註：立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。