

【附件 12】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

(醫療服務單位) 就診紀錄

基本資料																		
姓名：				出生年月日：						監護人：								
地址：																		
醫病史 (MedialHistory)																		
父母：				殘障手冊資料或影本黏貼處														
親屬：																		
本人：																		
特別注意事項：																		
備註：若為發展遲緩兒童應檢附由衛生福利部國民健康署委辦之兒童發展聯合評估中心開具之綜合報告書(診斷頁)或辦理聯合評估之醫院開具發展遲緩診斷證明書																		
牙醫病史																		
口腔發現 (oral finding)																		
上顎：																		
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65					
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
乳牙牙冠																	乳牙牙冠	
恆牙牙冠																	恆牙牙冠	
醫療需求																	醫療需求	
下顎：																		
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75					
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
乳牙牙冠																乳牙牙冠		
恆牙牙冠																恆牙牙冠		
醫療需求																醫療需求		
填表說明：D=Decayed、X=Missing、M=Mobility、RR=ResidualRoot、F=Filled																		

