

【附件 16】

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月份全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫服務日報表

執行單位(全銜): \_\_\_\_\_

(到宅醫療或特定需求者醫療服務專用)

序號	障別代號	診治醫師	日期	病患姓名	身分證字號	聯絡電話	服務地址	護理人員	簡述施行治療內容

備註：1. 障礙類別代號如下：

- A. 腦性麻痺、B. 智能障礙、C. 自閉症、D. 染色體異常、E. 中度以上精神障礙、F. 失智症、G. 多重障、H. 頑固性(難治型)癲癇、J. 植物人、K. 因罕見疾病而致身心障礙功能障礙者、L. 重度以上肢體障礙、M. 重度以上視覺障礙者、N. 發展遲緩兒

2 施行治療項目，請敘述提供之處置內容。如下：

- (1) 牙周病緊急處理、(2) 牙周敷料、(3) 牙結石清除(全口或局部)、(4) 牙周病控制基本處置、(5) 塗氟、(6) 非特定局部治療、(7) 特定局部治療。