

【附件 17】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫

口腔醫療需求評估及治療計畫—__年__月__日、序號：__

基本資料																		
姓名：				出生年月日：						監護人：								
提供服務方式： <input type="checkbox"/> 到宅醫療服務 <input type="checkbox"/> 特定需求者醫療服務																		
地址：																		
醫病史 (Medial History)																		
父母：						殘障手冊資料或影本黏貼處												
親屬：																		
本人：																		
特別注意事項：																		
牙醫病史																		
以往治療內容簡述																		
上次施行治療項目：(1) <input type="checkbox"/> 牙周病緊急處理 (2) <input type="checkbox"/> 牙周敷料 (3) 牙結石清除 (<input type="checkbox"/> 全口或 <input type="checkbox"/> 局部) (4) <input type="checkbox"/> 牙周病控制基本處置 (5) <input type="checkbox"/> 塗氟 (6) <input type="checkbox"/> 非特定局部治療 (7) <input type="checkbox"/> 特定局部治療 治療時間： 年 月 日																		
口腔現況																		
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=Residual Root F=Filled																		

