

【附件 18】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
 特定身心障礙牙醫醫療服務-到宅醫療個案需求轉介單

提出轉介需求單位：_____ 提出轉介日期：____年__月__日
 或提出轉介需求醫師：_____（親簽）電話：_____、傳真：_____

患者 基 本 資 料	姓名		出生	民國	年	月	日	歲	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	緊急聯絡人		電話		關係				健保	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	身份別	<input type="checkbox"/> 1 一般 <input type="checkbox"/> 2 低收入戶 <input type="checkbox"/> 3 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 4 身障手冊 <input type="checkbox"/> 5 其他_____									
	戶籍地址										
	現住址							身分證 字號			
個案口腔需求 摘要 (個案情況)		<input type="checkbox"/> 疑似牙齦出血紅腫等異常情況 <input type="checkbox"/> 疑有口腔衛生狀況不佳情況 <input type="checkbox"/> 其他需轉介牙科處理_____									
患者目前 身心健康狀況 (個案情況)											

受理轉介需求單位：_____ 受理轉介需求日期：____年__月__日

受理轉介需求醫師：_____ 電話：_____ 傳真：_____

接案結果：申請提供服務：_____

無法提供服務原因：_____

再轉介之建議：_____

註：無法提供或再轉介建議時，本單請送還轉介需求單位醫師轉知病人或另請其他牙醫師評估重填本欄。

接案者（簽章）：_____

*如收案申請提供到宅服務，請院所 5 日前彙整次月排班表，併個案醫療需求評估及治療計畫資料及醫師報備支援衛生主管機關核備函，送牙醫全聯會初審，再彙送保險人及分區業務組核定，醫師異動應具函敘明原因及備妥衛生主管機關核備函通知牙醫全聯會及保險人分區業務組。