

【附件 19】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫  
身心障礙到宅服務或特定需求者服務醫療團就診紀錄(首頁)

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：		
牙醫病史		
<input type="checkbox"/> 到宅服務或 <input type="checkbox"/> 特定需求者服務 服務日期： 年 月 日 到達時間： 時 分 離開時間： 時 分		

1. 口腔狀況 (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=Residual Root F=Filled																		

2. 施行治療內容項目 (請敘述處置內容)：

- (一)  牙周病緊急處理
- (二)  牙周敷料
- (三)  牙結石清除 ( 全口或 局部)
- (四)  牙周病控制基本處置
- (五)  塗氟
- (六)  非特定局部治療
- (七)  特定局部治療

3. 本次治療後注意事項：

醫師簽名 (簽章)：

聯絡電話：

護士簽名 (簽章)：