

【附件 21】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫
特定需求者醫療服務一個案健康狀況評估表

第一部分：個案基本資料

1. 醫療需求申請單位名稱（全銜）：		
個案所在地址：		
個案申請人姓名：		
主要聯絡人：	與個案關係：	聯絡電話/手機：
主要照顧者：	與個案關係：	聯絡電話/手機：
2. 個案姓名：_____、年齡：_____歲		
3. 性別：1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女		
4. 出生年月日：民國（1. 前 2. 國） 年 月 日		
5. 身份證字號：		
6. 照護情形： <input type="checkbox"/> 照護期內 <input type="checkbox"/> 已超過照護期		
7. 是否有身心障礙手冊：（請 <input checked="" type="checkbox"/> 勾選下列問題）		
(1) 0. <input type="checkbox"/> 沒有 1. <input type="checkbox"/> 申請中 2. <input type="checkbox"/> 有		
(2) a. 障礙類別：1. <input type="checkbox"/> 視覺障礙 2. <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 3. <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 4. <input type="checkbox"/> 慢性精神病患 5. <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙 6. <input type="checkbox"/> 肢體障礙 7. <input type="checkbox"/> 智能障礙 8. <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 9. <input type="checkbox"/> 顏面損傷 10. <input type="checkbox"/> 植物人 11. <input type="checkbox"/> 失智症 12. <input type="checkbox"/> 自閉症 13. <input type="checkbox"/> 頑型（難治型）癲癇症 14. <input type="checkbox"/> 多重障礙 15. <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 16. <input type="checkbox"/> 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者（染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷）		
b. 障礙等級 1. <input type="checkbox"/> 輕度 2. <input type="checkbox"/> 中度 3. <input type="checkbox"/> 重度 4. <input type="checkbox"/> 極重度		
c. 重新鑑定日期： / /		
8. 提供牙醫醫療服務前，機構有無告知醫師個案身體狀況與其它特殊情形：		
<input type="checkbox"/> 1. 是，機構已事前告知個案身體狀況 <input type="checkbox"/> 2. 未告知，機構未告知個案身體狀況		

第二部分：健康狀況（請 勾選下列問題）

*個案身體健康狀況調查情形：

(1)意識狀態： 1. 清醒 2. 嗜睡 3. 混亂 4. 昏迷 5. 其他：

(2)皮膚狀況： 1. 正常
 2. 異常；皮膚異常狀況
 ①過度乾燥有皮屑 ②淤青 ③有疹子 ④傷口（部位：
 大小：_____；等級：_____ 類別：擦傷、割傷 術後傷口 燒
 燙傷壓瘡其他慢性傷口：_____） ⑤其他

(3)目前是否接受其他特殊照護
 0. 否
 1. 是（①鼻胃管 ②氣切管 ③導尿管 ④呼吸器 ⑤傷口引流管
 ⑥造瘻部位 ⑦氧氣治療 ⑧其他_____）

(4)目前飲食型態：1. 一般飲食 2. 軟質 3. 流質 4. 特殊治療飲食：_____ 5. 其他

(5)進食方式：1. 由口進食 2. 管灌 3. 其他

(6)營養狀況評估：
 1. 身高：_____公分 2. 體重：_____公斤 3. BMI：_____ 4. 無法評估

(7)疾病史

疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療	疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否接 受治療
1. <input type="checkbox"/> 中風		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	10. <input type="checkbox"/> 泌尿道疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
2. <input type="checkbox"/> 高血壓		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	11. <input type="checkbox"/> 巴金森氏症		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
3. <input type="checkbox"/> 心臟病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	12. <input type="checkbox"/> 免疫疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
4. <input type="checkbox"/> 糖尿病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	13. <input type="checkbox"/> 失智症		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
5. <input type="checkbox"/> 消化系統（肝、膽、 腸、胃）		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	14. <input type="checkbox"/> 傳染性疾病 (肺結核、愛滋 病、梅毒、B型肝炎)		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是 治療階段：_____
6. <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	15. <input type="checkbox"/> 其他呼吸系 統疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
7. <input type="checkbox"/> 腎臟疾病		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	16. <input type="checkbox"/> 腦性麻痺		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
8. <input type="checkbox"/> 脊髓損傷		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	17. <input type="checkbox"/> 癌症： 癌		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
			18. <input type="checkbox"/> 其他：_____		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是
9. <input type="checkbox"/> 骨骼系統(關節炎、骨 折)		0. <input type="checkbox"/> 否 1. <input type="checkbox"/> 是	19. <input type="checkbox"/> 以上皆無		

(9)身體狀況有無特殊情形：(請與照護者或申請單位確認)
1. 個案身體狀況可承受治療
2. 個案身體狀況無法承受治療（請說明原因：_____）

(10)主要照護者知道個案有口腔醫療需求嗎？
1. 知道 2. 不知道

(11)醫療提供單位施行治療項目：
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。

(12)評估日期：_____年 _____月 _____日，時間：_____

協助評估者姓名：_____（親簽）與個案關係：_____

評估者姓名：_____醫師（親簽）