

**臺南市 113 年度 65 歲以上老人暨 55 歲以上原住民
免費裝置全口活動假牙計畫診治計畫書及診斷書**

總編號					

(審查小組填列)

醫療院所名稱：_____ 院所負責人姓名：_____

醫療院所代碼：_____ 電話：_____ 傳真：_____

醫療院所地址：臺南市 _____ 區 _____ 里 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____

填表日期： 年 月 日		就 診 者 基 本 資 料 (病 歷 號 碼 : _____)			
姓 名	出生日期： 年 月 日		緊急 聯絡人	姓名	
	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 原住民			電話	
身分證 字號：			電話	手機	
地址	臺南市 _____ 區 _____ 里 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓				
診 治 計 畫 內 容					
評估 項目	<input type="checkbox"/> 第一次使用全口活動假牙 <input type="checkbox"/> 舊假牙已不堪使用 <input type="checkbox"/> 舊假牙堪用		診治 項目	<input type="checkbox"/> 全口活動假牙 <input type="checkbox"/> 上顎活動假牙 <input type="checkbox"/> 下顎活動假牙	
預計診治步驟詳細說明			身分證影本正面黏貼處 (請浮貼)		
如無使用金屬支架，或使用之材質有其他專業考量，請於初審時詳細說明於診治計畫書中			身分證影本反面黏貼處 (請浮貼)		
負責診治 醫師簽章					
就診者同意簽章					(簽 名 或 蓋 章 或 捺 指 印)
審查小組術 前審查	<input type="checkbox"/> 通過： <input type="checkbox"/> 全口 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 退件 (原因 : _____)		審查小組 審查用印	(審 查 小 組 成 員 章)	(審 查 小 組 章)
衛 生 局 審 核	<input type="checkbox"/> 通過。 核復公文 _____ 年 _____ 月 _____ 日南市衛國健字第 _____ 號函		衛 生 局 用 印		
	<input type="checkbox"/> 退件 (原因 : _____) 核復公文 _____ 年 _____ 月 _____ 日南市衛國健字第 _____ 號函				
醫療院所實 際完成日	年 月 日		完成後就 診者簽章	(簽 名 或 蓋 章 或 捺 指 印)	
醫療院所 補助金額	<input type="checkbox"/> 44000 元 <input type="checkbox"/> 22000 元 <input type="checkbox"/> _____ 元		審查小組 審查用印	(審 查 小 組 成 員 章)	(審 查 小 組 章)

- ※註：1. 粗框線格內由審查小組與衛生局負責填寫，醫療院所詳細填寫其他欄。
 2. 請自行影印本空白表格使用。
 3. 以上各項簽名如有不實需負法律責任。

相片審查黏貼表

I 術前審查：(請浮貼)	
口內照片： 上顎正面照片 1 張、 下顎正面照片 1 張。	
口外照片： 全臉 (額頭以下、 脖子以上) 正面照 1 張。	
II 術後審查：(請浮貼)	
取模後上、下 顎石膏正面照 片各 1 張。	
蠟體及排牙完 成後，需上咬 合器，正面正 常咬合照片 1 張。	
活動假牙照 片：上顎正面 照片 1 張、下 顎正面照片 1 張。	
口外照片：全 臉 (額頭以下、 脖子以上) 正常咬 合正面照片 1 張 (正常咬合可與 排牙照比對)。	