

總編號

臺南市 114 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

(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"/> 其他			<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	身分證影本正面黏貼處 (請浮貼)	
預計診治步驟詳細說明					
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					
負責診治醫師簽章					身分證影本反面黏貼處 (請浮貼)
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 新臺幣 <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(含 數位式取模相 片)。	
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)。	