

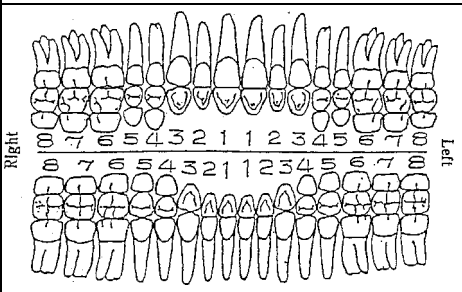
附件三

**新北市政府原住民族行政局
辦理原住民長者補助裝置假牙診治計畫書(一)**

醫療院所代碼：_____ 醫療院所名稱_____

醫療院所地址：_____

填表日期：_____年 _____月 _____日		就 診 者 基 本 資 料			
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			電話
身分證統一編號			電話		手機
地 址					
診 治 計 畫 內 容					
評估項目	<input type="checkbox"/> 第一次裝置假牙 <input type="checkbox"/> 舊假牙已不堪使用 <input type="checkbox"/> 舊假牙堪用				
診治項目	補助樣態				單價
	1	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙			
	2	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙			
	3	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙			
	4	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙			
	5	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙			
	6	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙			
	7	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙			
	8	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙			
	9	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋)_____顆(至多 10 顆)			
10	活動假牙 維 修	10-1	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆		
		10-2	<input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆		
		10-3	<input type="checkbox"/> 假牙線勾/個		
		10-4	<input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座		
合計預估經費					

預計診治步驟詳細說明				繪圖(缺牙處請打X)	
					
負責診治醫師簽章		醫療院所蓋章		就診者同意簽章	(簽名或蓋章或捺指印)

裝置假牙前(術前)照片粘貼欄- 1、就診者臉部正面露齒照1張(相片須同時附上身分證件或健保卡，放於右臉頰旁位置) 2、就診者假牙裝置前照片1張(正面以張口器在正中咬合位置拍照或環口X光片) 3、就診者假牙裝置前照片1張(以鏡像拍出上顎全部) 4、就診者假牙裝置前照片1張(以鏡像拍出下顎全部)	
<p style="text-align: center;">就診者臉部正面露齒照 (相片須同時附上身分證件或健保卡，放於右臉頰旁位置)</p>	<p style="text-align: center;">就診者假牙裝置前照片 (正面以張口器在正中咬合位置拍照或環口X光片)</p>

就診者假牙裝置前照片 (以鏡像拍出上顎全部)		就診者假牙裝置前照片 (以鏡像拍打下顎全部)	
牙醫師公會審核	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 退件(原因；	(審核之牙醫師簽名) 1. 2.	(公會章)
新北市政府原民局 審核	<input type="checkbox"/> 通過 核復公文 年 月 日 _____ 字第 _____ 號函	新北市政府 原民局 核 章	
	<input type="checkbox"/> 退件 核復公文 年 月 日 _____ 字第 _____ 號函		