

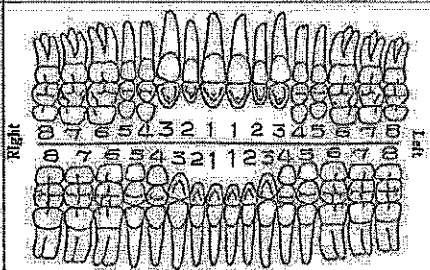
附件二

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、患者口內上、下顎照片各 1 張 2、咬合面照 1 張 3、口外照片全臉 1 張			
(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)			
新北市政府原民局 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)
	<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		