

新北市長者健康檢查暨長春固齒免費塗氟服務計畫

口腔檢查紀錄單

檢查日期： 年 月 日

注意事項：本表資料將會做為衛生單位政策評估或個案健康管理時使用，如受訪者不同意，得隨時以書面通知新北市政府衛生局（新北市板橋區英士路192-1號4樓）並註明受訪者姓名及身分證統一編號，如未通知，視為同意。

基本資料	身分證號									姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生日	民國前/後 年 月 日							電話	()			
	現地址	_____市(縣)_____鄉鎮市區_____村里_____鄰 _____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓											

口腔保健認知	(1) 請問您認為刷牙最重要的是？ <input type="checkbox"/> 方法 <input type="checkbox"/> 次數 <input type="checkbox"/> 牙膏 <input type="checkbox"/> 牙刷的款式 (2) 您認為牙籤可取代牙線嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 (3) 您覺得牙齒掉了1、2顆，有沒有關係？ <input type="checkbox"/> 有關係 <input type="checkbox"/> 沒有關係 (4) 您聽過牙周病嗎？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 (5) 您認為您有牙周病嗎？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 不知道 (6) 您認為牙周病需不需要治療？ <input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 不知道 (7) 您認為多久要看一次牙醫？ <input type="checkbox"/> 一個月 <input type="checkbox"/> 半年 <input type="checkbox"/> 一年 <input type="checkbox"/> 不知道 (8) 您認為漱口水對牙周病有幫助嗎？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 不知道 (9) 您認為沖牙機對牙周病有幫助嗎？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 不知道 (10) 30秒吞嚥測試是否通過(大於3次)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
--------	---

檢查紀錄 (醫師填寫)	(1) 牙周病： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (2) 假牙顆數：固定式假牙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____顆 (含植牙、牙橋及無牙根的假牙) 活動假牙 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____副 (3) 存留自然齒數 _____顆。[數量為0-32顆] (指「仍有牙根存在的牙齒」，無論是否有功能或堪用與否，包括智齒) (4) 功能性齒數 _____顆。[數量為0-32顆] (指固定式假牙(含植牙)及指非殘根(無論未來可修復與否)、非嚴重牙周炎或因嚴重牙周炎癒後不良之牙齒、非動搖度為3之牙齒及其他非應該拔牙狀況者之存留自然齒) (5) 對咬功能齒單位數 _____組。[16組] (指一顆上顎的堪用齒且其相對應的下顎牙齒也是堪用齒者，即視為一組對咬功能齒單位) (6) 齲齒顆數： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____顆 牙根是否有齲齒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____顆 (7) 齒頸部是否有磨耗(刷耗)： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
----------------	--

服務項目 (醫師填寫)	牙結石清除 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (依據衛生福利部中央健康保險署相關規定辦理，建議優先潔牙或牙結石清除後再塗氟) 氟化物處理(塗氟) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (牙齒最外層的牙釉質可利用塗氟來增加對酸的抵抗力，約可降低30%左右的蛀牙率)
----------------	--

建議處置方式 (醫師填寫)	<input type="checkbox"/> 牙周病統合照護(依據衛生福利部中央健康保險署相關規定辦理) <input type="checkbox"/> 其他_____
------------------	---

醫事服務機構名稱	檢查醫師簽名(蓋章)
----------	------------