

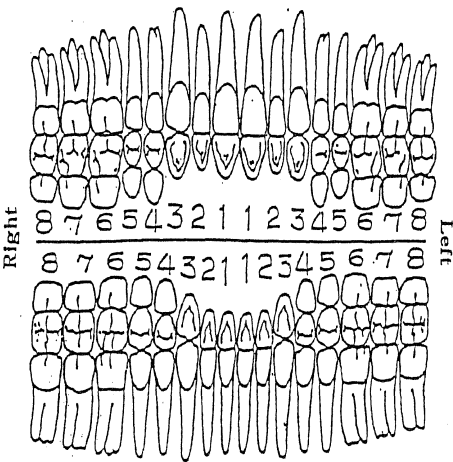
附表 2

原住民族委員會補助原住民族長者裝置假牙診治計畫書(一)

新北市政府原住民族行政局補助原住民族長者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：\_\_\_\_\_

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	補助態樣	
	預估單價(補助金額)	
	<input type="checkbox"/> 上、下顎全口活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 上、下顎部分活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 上顎部分活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 下顎部分活動假牙	
	<input type="checkbox"/> 固定式假牙(指牙冠或牙橋) _____ 顆(至多 10 顆)	
	活動假牙維修費	<input type="checkbox"/> 假牙破裂維修費/單顆 <input type="checkbox"/> 假牙添加費/單顆 <input type="checkbox"/> 假牙線勾/個 <input type="checkbox"/> 假牙硬式襯底/座
合計預估經費(補助總金額)		
預計診治步驟詳細說明	繪圖(缺牙處請打X)	
		

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、咬合面照或環口X光片1張

(可採數位照片或列印，清楚明確可辨認)

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)
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)	(公會章)	
直轄市及縣 (市)政府 審核	<input type="checkbox"/> 通過。 核復公文 年 月 日○○○字第 號函 <input type="checkbox"/> 退件(原因： ) 核復公文 年 月 日○○○字第 號函		直轄市及縣(市)政府 核 章		