

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	
	<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/單顎
		<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)

<p>負責醫師 診治簽章</p>		<p>醫療院所 蓋章</p>		<p>就診者 同意簽章</p>	<p>(簽名或蓋章或捺指印)</p>
----------------------	--	--------------------	--	---------------------	--------------------

<p>牙醫師公會 審核</p>	<p><input type="checkbox"/>通過 <input type="checkbox"/>退件(原因:)</p>	<p>(審核之牙醫師簽名)</p>	<p>(公會章)</p>
<p>直轄市及縣(市)政府 審核</p>	<p><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</p>	<p>直轄市及縣(市)政府 核章</p>	