

牙齒治療過程說明書



《註一：此文件 1.須由醫師填寫並簽章；2.內容牽涉保險金給付項目，煩請醫師詳細填寫。麻煩您，謝謝》

《註二：此文件無法代替診斷證明書，請另向醫院或診所申請；另欄位不夠使用可以影印再填寫》

姓名：		出生日期： 年 月 日	身份證字號：
齒位 (一欄位請填一顆齒位)	就診情形(請於 <input type="checkbox"/> 打勾)		
治療齒位：	1. 本治療齒於本院/所接受治療之原因為： <input type="checkbox"/> 蛀牙 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 意外傷害事故 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	2. 本治療齒是否於本院/所拔除： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；日期： 年 月 日		
	3. 本治療齒是否曾經做過根管治療：		
	<input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 是；根管治療之區間： 年 月 日 ~ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 是；但非於本院/所治療		
	4. 本治療齒是否於本院/所裝設牙冠或義齒：		
	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；完成日期： 年 月 日/裝設 <input type="checkbox"/> 牙冠 <input type="checkbox"/> 固定義齒 <input type="checkbox"/> 活動義齒		
	<input type="checkbox"/> 植牙(年 月 日植入人工牙根； 年 月 日膺復其上之義齒)		
治療齒位：	1. 本治療齒於本院/所接受治療之原因為： <input type="checkbox"/> 蛀牙 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 意外傷害事故 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	2. 本治療齒是否於本院/所拔除： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；日期： 年 月 日		
	3. 本治療齒是否曾經做過根管治療：		
	<input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 是；根管治療之區間： 年 月 日 ~ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 是；但非於本院/所治療		
	4. 本治療齒是否於本院/所裝設牙冠或義齒：		
	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；完成日期： 年 月 日/裝設 <input type="checkbox"/> 牙冠 <input type="checkbox"/> 固定義齒 <input type="checkbox"/> 活動義齒		
	<input type="checkbox"/> 植牙(年 月 日植入人工牙根； 年 月 日膺復其上之義齒)		
治療齒位：	1. 本治療齒於本院/所接受治療之原因為： <input type="checkbox"/> 蛀牙 <input type="checkbox"/> 牙周病 <input type="checkbox"/> 意外傷害事故 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
	2. 本治療齒是否於本院/所拔除： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；日期： 年 月 日		
	3. 本治療齒是否曾經做過根管治療：		
	<input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 是；根管治療之區間： 年 月 日 ~ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 是；但非於本院/所治療		
	4. 本治療齒是否於本院/所裝設牙冠或義齒：		
	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；完成日期： 年 月 日/裝設 <input type="checkbox"/> 牙冠 <input type="checkbox"/> 固定義齒 <input type="checkbox"/> 活動義齒		
	<input type="checkbox"/> 植牙(年 月 日植入人工牙根； 年 月 日膺復其上之義齒)		

醫院 / 診所章：

醫師簽章： _____

日期： _____

