

_____年臺中市政府社會局中低收入老人補助裝置假牙實施計畫

診 治 計 畫 書

診所名稱：_____ 負責醫師姓名：_____
 電 話：_____ 傳 真：_____
 診所地址：臺中市 _____ 區 _____ 號

就 診 者 基 本 資 料						
姓 名		電 話		身 分 別	<input type="checkbox"/> 本市年滿 55 歲以上低(中低)收入戶原住民	
身分證號		出生日期				
地 址						
診 治 計 畫 內 容						
診 治 項 目	<input type="checkbox"/> 全口缺牙(上、下兩顎)		<input type="checkbox"/> 單顎(<input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎)		繪 圖(缺牙處請打 X) 	
	活 動 假 牙	上 顎	<input type="checkbox"/> 橫跨中線 4 顆(含)以下			
			<input type="checkbox"/> 橫跨中線 4 顆以上, 增加_____顆			
		下 顎	<input type="checkbox"/> 不跨中線 2 顆(含)以下			
			<input type="checkbox"/> 不跨中線 2 顆以上, 增加_____顆			
	假 牙 維 修	破 裂	<input type="checkbox"/> 橫跨中線 4 顆(含)以下			
			<input type="checkbox"/> 橫跨中線 4 顆以上, 增加_____顆			
		硬 式 襯 底	<input type="checkbox"/> 不跨中線 2 顆(含)以下			
			<input type="checkbox"/> 不跨中線 2 顆以上, 增加_____顆			
	假牙維修 <input type="checkbox"/> 破裂__顆 <input type="checkbox"/> 增加__顆 <input type="checkbox"/> 線勾__個 <input type="checkbox"/> 硬式襯底__座					
預 計 診 治 步 驟 詳 細 說 明(請勾選有執行項目)						
1	<input type="checkbox"/> 初次印模	5	<input type="checkbox"/> 試戴金屬鋼架及決定垂直高度			
2	<input type="checkbox"/> 製作個人牙托	6	<input type="checkbox"/> 試戴排牙			
3	<input type="checkbox"/> 二次印模	7	<input type="checkbox"/> 其他：請自行敘明			
4	<input type="checkbox"/> 製作金屬鋼架					
申請補助金額		新臺幣：_____元(請診所填報)		就診者簽章： (簽章或蓋手印)		
申請日期		_____年 _____月 _____日(請診所填報送牙醫師公會日期)				
牙 醫 師 公 會 審 核(文件)	<input type="checkbox"/> 通過			公 會 用 印	(公會章) (理事長章)	
	<input type="checkbox"/> 退件, 理由：_____					
審核醫師簽章 (初審)						
社 會 局 審 核(複審)	<input type="checkbox"/> 通過			社 會 局 核 章		
	<input type="checkbox"/> 退件, 理由：_____					

※應向病患收取文件：1.身分證影本 2. 低收入戶證明書正本、中低收入戶證明書證本 3. 註記原住民身分之戶口名簿或戶籍謄本影本。

※審核應備文件：前述 1.2.3.項及 4.診治計畫書 5.估價單 6.病歷影本 7.石膏牙模及術前照片。

※粗框線格內由牙醫師公會與社會局填寫，診所詳填其他欄。