

## 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：	<p>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：_____</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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)</p>		
治療齒位：	<p>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：_____</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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)</p>		
治療齒位：	<p>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：_____</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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)</p>		

醫院 / 診所章：

醫師簽章： \_\_\_\_\_

日 期： \_\_\_\_\_

