

口腔篩檢表

就診者 資料 (自填)	姓名		生 日	民國 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			身分證號		電話	
	戶籍 地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣	市/鄉/鎮	村(里) 鄰	路(街)
身份 類別	設籍本縣年滿六十五歲以上或年滿五十五歲以上原住民，並符合下列條件之一者： <input type="checkbox"/> 1. 列冊低收入戶、列冊中低收入戶 <input type="checkbox"/> 2. 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 3. 領有身心障礙者生活補助費 <input type="checkbox"/> 4. 經本府全額補助收容安置 <input type="checkbox"/> 5. 經本府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達百分之五十以上					

敬愛的鄉親長輩：

彰化縣政府為保障老人口腔健康，減輕經濟負擔，特別補助縣內低收入戶及中低收入與領有身心障礙者生活補助費，或經本府補助身心障礙者托育費或養護費達百分之五十以上之長輩裝置假牙。本計畫特別結合「本府委託審查」專業協助，自 98 年起逐步推動。關於本次口腔檢查有幾項說明如下：

- 一、 本次口腔檢查目的在於：早期發現口腔疾病，及時防治，以利後續活動假牙之製作。
- 二、 請符合補助條件的鄉親長輩攜帶相關文件至已公告配合本計畫或有張貼「老人活動假牙補助計畫配合院所」標誌的牙醫院所接受檢查。
- 三、 就診時應出示健保卡或其他身份證明文件，以利核對及正確填表。若僅單純健檢填表，應免收掛號費且不讀卡；假如需要本補助計畫之外的其他治療，則應徵得本人之同意後，依各醫療院所一般看診流程辦理。

註記符號	統計代碼	說 明
△	D	齲齒(蛀牙)、殘根、不良充填等需處理牙
×	M	缺牙
○	F	銀粉、樹脂充填或經牙冠贖復等已治療牙
為方便公會統計，請各牙科院所務必協助詳細檢查並將 DMFT 值算出填入。謝謝！		

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

個人齲齒指數 (含已治療牙齒)	恆牙 D + M + F = T			
	D	M	F	T

院所名稱：_____

檢查醫師：_____

聯絡電話：_____

檢查日期：_____