

97 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目 醫療服務試辦計畫

一、依據

全民健康保險醫療費用協定委員會 96 年 9 月 14 日費協字第 130 次會議決議及行政院衛生署 97 年 1 月 16 日衛署健保字第 0970001532 號核定函。

二、目的

本試辦計畫之實施，在於提昇牙醫醫療服務品質，加強提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務及中度以上身心障礙者牙醫醫療服務。

三、實施期間

97 年 1 月 1 日至 97 年 12 月 31 日止。

四、預算來源及支付範圍

(一) 本計畫預算依全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之決議辦理。

(二) 支付標準及每點支付金額：

1. 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務之支付標準如附件 1，每點支付金額為 1 元。
2. 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務每點支付金額，第 1 季至第 3 季每點支付金額以 1 元暫付，第 4 季於年度結束後結算，重度以上身心障礙者每點支付金額以不超過 1.5 元優先結算，中度身心障礙者每點支付金額再以不超過 1.3 元結算。
3. 執行身心障礙者牙醫醫療服務時，得依病情適時給予氟化物防齲處理（每次 500 點，每 90 天申報 1 次為限，支付標準代碼為 P30002）。醫療團至身心障礙福利機構服務，得採論次加論量方式計算，每位醫師每 1 時段以 3 小時為限（不含休息、用餐時間），每小時 2400 元（內含護理費，支付標準代碼為 P30001），每日最多 2 個時段，本項服務須過 IC 卡，就醫序號請依 IC 卡相關作業規定辦理。本項服務之論次費用如 1 時段服務人次未超過 1 人次（含 1 人次），則僅以 1 小時支付。
4. 執行身心障礙者牙醫醫療服務時，得依患者看診情形，同意符合專科資格之麻醉科醫師支援基層院所（採論次+論量計），論次之計算方式如第 3 點。
5. 本計畫申報醫療費用時，案件分類請填 16，先天性唇顎裂及顱顏畸形症

患者牙醫醫療服務治療項目代號(一)請填 F4，院所重度以上身心障礙者牙醫醫療服務治療項目代號(一)請填 F5，院所中度身心障礙者牙醫醫療服務治療項目代號(一)請填 F7，醫療團重度以上身心障礙者牙醫醫療服務治療項目代號(一)請填 F8，醫療團中度身心障礙者牙醫醫療服務治療項目代號(一)請填 F9。

6. 本計畫服務量不列入分區管控項目，但仍納入專業審查範圍。

7. 本計畫服務量不納入門診合理量計算。

五、適用範圍：

(一) 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：包括唇裂(Cleft lip)，顎裂(Cleft palate)，唇顎裂(Cleft lip and palate)，顏面裂(Facial Cleft)及其他經事前審查核准之先天性唇顎裂病患。

(二) 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務：對於持有中度以上身心障礙手冊之患者提供牙醫醫療服務；施行全身麻醉者，亦屬本服務項目。

六、申請條件

(一) 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：

1. 醫院資格：必須設置有整形外科（或口腔外科）、牙科、耳鼻喉科、精神科、神經外科、眼科及語言治療、社會工作、臨床心理等相關人員之醫院。
2. 醫師資格：口腔顎面外科專科醫師 2 位以上會同牙科矯正醫師實施。
3. 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、心電圖裝置(Monitor，包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)。

(二) 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務，得就以下擇一申請：

1. 初級照護診所

- (1) 醫師資格：1 位以上自執業執照取得後有 5 年以上臨床經驗之醫師，並接受 6 小時以上身心障礙等相關之教育訓練。
- (2) 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備。

2. 進階照護院所

- (1) 院所資格：可施行鎮靜麻醉之醫療院所。
- (2) 醫師資格：2 位以上具有從事相關工作經驗之醫師，負責醫師自執業執照取得後應有 5 年以上之臨床經驗，其他醫師自執業執照取得

後應有 2 年以上之臨床經驗。

(3) 設備需求：牙科門診應有急救設備、氧氣設備、麻醉機、心電圖裝置(Monitor, 包括血壓、脈搏、呼吸數之監測、血氧濃度 oximeter)。

(4) 每位醫師需接受 6 小時以上身心障礙之教育訓練。

(三) 醫療團

1. 由各縣市牙醫師公會或牙醫團體組成醫療團，定期至身心障礙福利機構服務或支援未設牙科之精神科醫院，醫師前往支援前需事先向當地衛生局及健保分局報備，醫療費用得帶回院所申報。惟參加醫療團之醫師其院所設備若未符合前項 1、2 之規定，於院所內執行之醫療費用不適用本計畫之加成規定。

2. 醫師資格：自執業執照取得後應有 5 年以上之臨床經驗，並接受 6 小時以上身心障礙等相關之教育訓練。

七、申請程序

(一) 先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務：採個案事前審查。

1. 病患因病情需要由上述申請醫院向保險人提出事前審查：施行本項齒顎矯正裝置，須個案事先報經中央健康保險局轄區分局同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。

2. 事前審查應檢附下列文件：事前審查申請書、病歷影印本、X 光片、治療計畫（包括整個療程費用及時間），如變更就醫醫院時，則另檢送前就醫醫院無法繼續完成理由、估計仍需繼續治療月份數字資料及申報未完成時程之費用。

3. 唇顎裂嬰兒術前鼻型齒槽骨矯正：免事前審查，直接開立給付，治療成果(術前術後照片)以抽驗方式審核。

(二) 中度以上身心障礙者牙醫醫療服務：

1. 初級照護診所應檢附：

(1)申請書（格式如附件 2）。

(2)醫師個人學經歷等相關資料（身份證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）。

(3)身心障礙教育訓練之學分證明影本。

2. 進階照護院所應檢附：

(1) 申請書（格式如附件 2）。

(2) 醫師個人學經歷等相關資料（身份證字號、學經歷、專長背景及從事相關工作訓練或經驗說明）。

(3) 身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫書書面資料及檔案（包括目前執行及未來推廣身心障礙者口腔醫療及保健推廣計畫之執行要點，書寫格式請以 A 4 版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫）。

(4) 身心障礙教育訓練之學分證明影本。

3. 醫療團：各醫療團依附件 3 格式彙整名單後並檢附醫師服務排班表函送牙醫師全聯會審查，異動時亦同。

八、受理資格審查

中度以上身心障礙者牙醫醫療服務：

1. 請每月 20 日前將申請書及有關資料以掛號郵寄至牙醫師全聯會，牙醫師全聯會原則上於每月最後一週審查，並將名單函送中央健康保險局，並副知分局，申請者得於核定後之次月執行本項服務。
2. 醫療團名單若有異動，應於每月 20 日前函報，並得於次月生效。
3. 院所代碼如有變更，請函報牙醫師公會全聯會及健保局分局辦理本計畫起迄日期變更作業。
4. 申請本計畫資格為 3 年內不得違約記點或扣減，或 6 年內不得有停止特約以上之處分。
5. 計畫執行時經由本會查察有違約記點或扣減者，本會得以先暫停其計畫執行，待查證屬實後停止執行本計畫，並於 3 年內不得再申請本計畫。計畫執行時若有違約遭停止特約以上處分者者，本會得以先暫停其計畫執行，待查證屬實後停止執行本計畫，並於 6 年內不得再申請此計畫。
6. 上述 4、5 點若是申請醫療團則歸於違規之醫師不得參與此計畫，若是申請院所則申請院所及醫師皆不得違規。如違規可歸責於醫師則該醫師不得參與本計畫，如不可歸責則僅院所負責醫師不得參與，惟醫師可提出申復，經確認後始得繼續執行本計畫。
7. 有鑑於因身心障礙患者進行診療較困難，且進行診療時偶有突發狀況，醫師更應充實應變之專業知識與技能，以即時做出迅速且正確之急救行

為，保障身心障礙患者就醫安全及權益，故參與此計畫者，每年須接受再進修課程。

8. 本計畫為年度計畫請申請者於每年公告後重新申請。且申請本計畫者每年至少接受 6 學分之身心障礙相關再教育課程，得於下一年度繼續執行此計畫。累積超過 30 學分後，可自由選修。
9. 辦理身心障礙再教育訓練課程，須由中華牙醫學會或牙醫全聯會認證通過。入門課程由各縣市牙醫師公會辦理（課程表請函報全聯會）；進階課程開放各單位辦理。

九、計畫年度執行目標：97 年度執行目標預計達 35000 服務人次。

十、本計畫由中央健康保險局公告後實施，修正時亦同。惟 96 年度原有計畫延續至 97 年度執行，且符合 97 年公告之計畫申請者，其實施日期追溯至 97 年 1 月 1 日起，至 97 年度本計畫公告實施日之次月止。

[附件 1]

先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形症患者牙醫醫療服務(齒顎矯正)給付試辦計畫支付標準

通則：

- 一、本項所訂支付點數均包括人員（醫事、技工及相關人員）、矯正過程中使用之材料（含特殊材料）及儀器折舊等費用在內。
- 二、先天唇顎裂及顱顏畸形症疾病適用範圍如下：
 - （一）唇裂(Cleft lip)，顎裂(Cleft palate)，唇顎裂(Cleft lip and palate)，顏面裂(Facial Cleft)、呼吸終止症候群、小臉症、顏面不對稱並領有身心障礙手冊者。
 - （二）骨性咬合不正及齒列咬合不正需配合進行唇腭裂植骨手術或顏面整形或重建手術者。
 - （三）其他經事前審查核准之先天性唇顎裂疾病及顱顏畸形者。
- 三、因病情需要施行本項齒顎矯正裝置，須個案事先報經健保局同意後方可實施。惟乳牙期及混合牙期僅施行空間維持器者，不須事前審查。
- 四、牙齒矯正裝置於嬰兒期、乳牙期、混合牙期及恒牙期等期限各施行一次，其中恒牙期應按編號 92115B-92124B 按分次方式申報醫療費用。
- 五、恒牙期矯正病患於未完成矯正治療而變更就醫醫院時，現行治療特約醫療院所於申請事前審查時應檢附病歷影印本、治療計畫書、X 光片、前就醫醫院無法繼續完成理由，估計仍需繼續治療月份數字資料以申報未完成時程之費用。
- 六、因外傷造成需實施治療性齒列矯正者，得個案事先報經中央健康保險局同意後，比照本支付標準支付點數，並以案件分類「19：牙醫其他專案」申報費用。

序 號	編 號	診 療 項 目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
1	92101B	矯正檢查，部分（口腔檢查、石膏模型、照相）、（次） Orthodontic Examination, Partial (dental check-up, dental cast, intraoral and extraoral photography) 註：施行本項檢查不需要事前審查，惟限一至三歲病童有治療需要者，最多申報五次（建議施行期間為初次門診、三個月、六個月、一歲及三歲）。		✓	✓	✓	1690
2	92102B	矯正檢查（口腔檢查、石膏模型、照相、測顱 X 光、全景 X 光）（次） Orthodontic Examination, Total (dental check-up, dental cast, intraoral and extraoral photography, panoramic radiography, cephalometric radiography (lateral and posteroanterior views)) 註：施行本項檢查不需事前審查，惟限三歲以上有治療須要者，每兩年限施行乙次。		✓	✓	✓	3000

序 號	編 號	診 療 項 目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
3	92103B	活動牙齒矯正裝置（單顎） Removable orthodontic appliance (one jaw)		✓	✓	✓	4806
4	92104B	活動牙齒矯正裝置（雙顎） Removable orthodontic appliance (two jaws)		✓	✓	✓	7209
5	92105B	空間維持器（單側），固定或活動式 Space maintainer, unilateral 註：限上下顎各施行乙次為原則。		✓	✓	✓	1500
6	92106B	空間維持器（雙側），固定或活動式 Space maintainer, bilateral 註：限上下顎各施行乙次為原則。		✓	✓	✓	2500
7	92107B	單齒矯正裝置及直接粘著裝置 Orthodontic band or direct bonding bracket, single tooth		✓	✓	✓	800
8	92108B	環鈎，彈力線或唇面弧線，每件 Clasp, Finger spring or labial arch, per piece		✓	✓	✓	348
9	92109B	亞克力基底板Acrylic plate		✓	✓	✓	2000
10	92110B	咬合板或斜面板Bite plate or inclined plate		✓	✓	✓	1867
11	92111B	矯正調整或矯正追蹤檢查（次）Orthodontic adjustment 註：如為矯正追蹤檢查以每三個月實施乙次為限。		✓	✓	✓	1000
12	92112B	面罩A Facial mask A 註：面罩A指混合牙期或恒牙期病情需要使用於顎骨延長 術(Distractive Osteogenesis)之裝置。		✓	✓	✓	12476
13	92113B	面罩B Facial mask B 註：面罩B指混合牙期或恒牙期病情需要使用於上顎及上 顎齒列前移之面罩。		✓	✓	✓	3748
14	92114B	顎弓擴大器Palatal expansion appliance		✓	✓	✓	6259
15	92115B	恒牙期牙齒矯正（單顎）第一次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	6631

序 號	編 號	診 療 項 目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
16	92116B	恒牙期牙齒矯正（雙顎）第一次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：1.恒牙期牙齒矯正各次給付中，不得另行申報基本及選擇性診療項目。 2.第一次給付申報時間及基本、選擇性診療項目如下： (1)申報時間：事前審查經本局同意後，至完成裝置矯正器。 (2)基本診療項目：單顎或雙顎固定帶環裝置。 (3)選擇性診療項目：面罩B、顎弓擴大器、因診療必須之拔牙。 (4)申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。		✓	✓	✓	12000
17	92117B	恒牙期牙齒矯正（單顎）第二次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	4973
18	92118B	恒牙期牙齒矯正（雙顎）第二次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目如下： 1.申報時間：第一次給付後六個月。 2.基本診療項目：6次以上矯正調整。 3.申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。		✓	✓	✓	7236
19	92119B	恒牙期牙齒矯正（單顎）第三次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	4973
20	92120B	恒牙期牙齒矯正（雙顎）第三次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目如下： 1.申報時間：第二次給付後六個月。 2.基本診療項目：6次以上矯正調整。 3.申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。		✓	✓	✓	7236
21	92121B	恒牙期牙齒矯正（單顎）第四次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	6631
22	92122B	恒牙期牙齒矯正（雙顎）第四次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目如下： 1.申報時間：第三次給付後六個月。 2.基本診療項目：6次以上矯正調整。 3.申報醫療費用時應檢附病歷影本作為審查依據。		✓	✓	✓	9648
23	92123B	恒牙期牙齒矯正（單顎）第五次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (one jaw)		✓	✓	✓	9946

序 號	編 號	診 療 項 目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
24	92125B	正顎手術術前牙板 Surgical stent for orthognathic surgery 註：適應症範圍唇腭裂及其他顱顏畸形和外傷所造成的骨性咬合不正需正顎手術者，而外傷所造成的骨性咬合不正須合併手術申報。		✓	✓	✓	5000
25	92124B	恒牙期牙齒矯正（雙顎）第五次給付 Orthodontic treatment in permanent dentition (two jaws) 註：申報時間、基本診療項目及完成治療之臨床表徵如下： 1.申報時間：第四次給付後至完成治療。 2.基本診療項目： (1)矯正調整至完成治療。 (2)完成治療配戴維持器。 3.完成治療之臨床表徵： (1)齒列排列整齊，穩定咬合。 (2)前牙無倒咬或開咬情形。 (3)唇顎裂牙床裂縫旁牙齒之間隙關閉或改善。 4.申報第五次醫療費用時應檢附X光片或照片作為審查依據。		✓	✓	✓	15000
26	90112C	橡皮障防濕裝置 Rubber dam appliance 註： 1. 銀粉、複合樹脂及玻璃離子體充填時(限中度以上身心障礙患者)。 2. 使用橡皮障防濕裝置時，需檢附X光片或相片(規格需為3*5吋以上且可清晰判讀)佐證。 3. 含張口器費用。	✓	✓	✓	✓	250
27	92126A (新增)	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模單側鼻型齒槽骨矯正牙板 nasopalveolar molding, impression & nasopalveolar molding plate, unilateral 註： 1. 適應症範圍限出生後四個月內之嬰兒且單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，須合併手術才可申報。 2. 須檢附治療前照片與病歷記錄。 3. 不得與92125B併報。			✓	✓	12000

序 號	編 號	診 療 項 目	基 層 院 所	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	支 付 點 數
28	92127A (新增)	唇顎裂嬰兒鼻型齒槽骨矯正治療前印模雙側鼻型齒槽骨矯正牙板 nasoalveolar molding, impression & nasoalveolar molding plate, bilateral 註： 1. 適應症範圍限出生後四個月內之嬰兒且雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙，須合併手術才可申報。 2. 須檢附治療前照片與病歷記錄。 3. 不得與92125B併報。			✓	✓	15000
29	92128A (新增)	鼻型齒槽骨矯正定期調整 nasoalveolar molding, adjustment 註： 1. 適應症範圍限單側唇顎裂鼻翼歪斜併齒槽骨裂隙，及雙側唇顎裂鼻柱塌陷、前顎前突併齒槽骨裂隙。 2. 須檢附治療前照片與病歷記錄。 3. 7日內不得重覆申報。 4. 同一病例申報次數以8次為上限。			✓	✓	1000

診所申請類別

☐初級☐進階

[附件2]

中度以上身心障礙者牙醫醫療服務給付試辦計畫申請書

(以院所為單位)

一、醫療院所名稱：

代號：

二、所屬層級別：☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院 ☐基層診所

三、院所負責醫師姓名：

身份證字號：

四、申請醫師(負責醫師如符合申報資格條件，併請填報，欄位不夠可自行增加)

1、姓名：

身份證字號：

2、姓名：

身份證字號：

3、姓名：

身份證字號：

五、院所電話：()

傳真：()

六、聯絡人姓名：

電話：

七、e-mail address：

八、地址：☐☐☐

九、目前能提供身心障礙使用之設備名稱及數量：

甲、☐有專用椅子

☐無專用椅子

乙、

丙、

丁、

戊、

十、即將採購之設備名稱：

甲、

乙、

丙、

丁、

十、有無違規紀錄：☐無 ☐記點 ☐扣減 ☐停止特約 ☐終止特約

十一、是否曾申請過：☐有，執行日期：

☐無

中度以上身心障礙者牙醫醫療服務給付試辦計畫申請書

(以醫療團為單位)

序號	分局別	姓 名	身份證字號	醫事機構代號	醫事機構名稱	地 址	電 話	執行起迄日	相關教育訓練 (檢附學分證明)	診所設備(含急救、氧氣設備)

全民健康保險牙醫總額專款專用醫療報酬論次論量申請表
中度以上身心障礙牙醫醫療服務

受理日期				受理編號						
醫事服務機構名稱				醫事服務機構代號						
編號	請領人姓名	請領人身份字號	給付別	日期	地點	服務時間(小時)	診療人次	申請金額	核減額	核定額
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
本頁小計										
總表	項 目	申請次數	診療人次	服務時間(小時)	每次申請金額	申請金額總數	核減次數	核減金額	核定次數	核定金額
	類別									
	P30001									
	總計									

負責醫師姓名： 醫事服務機構地址： 電話： 印信：	一、編號：每月填送均自 1 號起編。總表欄：於最後一頁填寫。 二、診療人次：填寫當次診療之人次。 三、給付別：P30001 每次服務每小時 2400 元。 四、填寫時請依同一給付別集中申報，同一請領人姓名亦應集中申報。本申請表應於次月二十日前連同門診費用申報寄所屬轄區分局門診組，惟請另置於信封內，並於信封上註明「申請牙醫門診總額專款專用醫療報酬」。 填表日期 年 月 日
------------------------------------	---

一式三聯 第一聯 轄區分局門診（醫療費用）組、第二聯送中華民國牙醫師公會全國聯合會、第三聯醫療院所自行留存

醫療團日報表

序號	病歷編號	病患姓名	身分證號	卡號	診察費	健保費用	診治醫師

◎ 日報表所需資料務必符合範例上之內容，若不符使用可請換至符合之格式或請自行增加列。

基本資料																																																																																																																																																																																	
姓名：						出生年月日：						監護人：																																																																																																																																																																					
地址：																																																																																																																																																																																	
醫病史 (Medial History)																																																																																																																																																																																	
父母：						殘障手冊資料或影本黏貼處																																																																																																																																																																											
親屬：																																																																																																																																																																																	
本人：																																																																																																																																																																																	
特別注意事項：																																																																																																																																																																																	
牙醫病史																																																																																																																																																																																	
口腔發現 (oral finding)																																																																																																																																																																																	
上顎： <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3"></td> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td> <td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td> <td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td colspan="3">乳牙牙冠</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td colspan="3">乳牙牙冠</td> </tr> <tr> <td colspan="3">恆牙牙冠</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td colspan="3">恆牙牙冠</td> </tr> <tr> <td colspan="3">醫療需求</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td colspan="3">醫療需求</td> </tr> </table> 下顎： <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="3"></td> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td> <td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td> <td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td colspan="3">乳牙牙冠</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td colspan="3">乳牙牙冠</td> </tr> <tr> <td colspan="3">恆牙牙冠</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td colspan="3">恆牙牙冠</td> </tr> <tr> <td colspan="3">醫療需求</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td colspan="3">醫療需求</td> </tr> </table>																					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	乳牙牙冠													乳牙牙冠			恆牙牙冠													恆牙牙冠			醫療需求													醫療需求						85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	乳牙牙冠													乳牙牙冠			恆牙牙冠													恆牙牙冠			醫療需求													醫療需求		
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																																																																																																																																																					
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																																		
乳牙牙冠													乳牙牙冠																																																																																																																																																																				
恆牙牙冠													恆牙牙冠																																																																																																																																																																				
醫療需求													醫療需求																																																																																																																																																																				
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																																																																																																																					
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																																		
乳牙牙冠													乳牙牙冠																																																																																																																																																																				
恆牙牙冠													恆牙牙冠																																																																																																																																																																				
醫療需求													醫療需求																																																																																																																																																																				
填表說明：D=Decayed X=Missing M=Mobility RR=Residual Root F=Filled																																																																																																																																																																																	

