

基本資料

病歷號碼：_____

姓名：	性別：男 / 女	初診日期： 年 月 日
年齡：	身分證字號：	
職業：	婚姻：已婚 / 未婚	生日： 年 月 日
住址：	縣 市 鄉 鎮 區 街 路 段 弄 號 樓	
電話：（住）	（公）	手機：
一、醫學病史： ☐糖尿病 ☐心血管疾病 ☐高血壓 ☐呼吸道感染（感冒、肺炎） ☐癌症 ☐懷孕 ☐其他（_____） ☐無 二、個人習慣： 抽菸：☐無 ☐有（_____包/天，_____年） 喝酒：☐無 ☐有 嚼檳榔：☐無 ☐有（_____顆/天，_____年） 過敏：☐無 ☐藥物（_____） ☐食物（_____） 三、家族病史： ☐糖尿病 ☐心血管疾病 ☐高血壓 ☐癌症（種類：_____） ☐其他疾病（_____） ☐無		

病人簽名：_____

院所名稱：_____

院所地址：_____

主治醫師：_____

牙周病統合治療接受檢查確認單

以下內容關係到治療的成效，為順利完成牙周病治療，請仔細閱讀，謝謝！由於健保資源有限，如審查未通過，醫師將以現行健保支付項目治療。

牙醫師建議施行治療名稱：牙周病統合性治療

醫師之聲明

- 我已經為病人完成治療前評估之工作。
- 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋治療之相關資訊，特別是下列事項：
 - ☐治療的原因和方式。
 - ☐建議麻醉方式為局部麻醉。
 - ☐治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
 - ☐牙周病治療之健保支付項目。
 - ☐相關說明資料（牙周病照護手冊），我已交付病人。
- 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次治療與涉及之局部麻醉問題，並給予答覆：

牙醫師簽名：_____ 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
時間： _____ 時 _____ 分

病人之聲明

- 以下的事項，牙醫師已向我解釋，並且我已完全了解。
 - 施行治療的原因和方式。
 - 為順利進行治療，我可能同時接受局部麻醉，以解除治療所造成之痛苦及恐懼。
 - 治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。
 - 牙周病治療之健保支付項目。
- 我已獲得並且閱讀相關說明資料（牙周病照護手冊）。
- 針對要接受的治療與麻醉之進行，我能向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。
- 本人一年內未曾接受齒齦下刮除術或牙周翻瓣手術。

基於上述聲明，我同意接受牙周病統合性治療。

立同意書人簽名：_____ 與病患之關係：_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時間： _____ 時 _____ 分

註：立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。