

金門縣 65 歲以上老人假牙補助計畫 診 治 計 畫 書

診所名稱：_____ 負責醫師姓名：_____

診所代碼：_____ 電 話：_____ 傳 真：_____

診所地址：金門縣_____

就 診 者 基 本 資 料				
姓 名		出生日期： 年 月 日	地	址 電話
		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
		身分證 字 號		
診 治 計 畫 內 容				
診 治 項 目	活動缺牙	<input type="checkbox"/> 上、下兩顎全口假牙 <input type="checkbox"/> 單顎半口假牙（ <input type="checkbox"/> 上, <input type="checkbox"/> 下） <input type="checkbox"/> 單顎部份_____齒（ <input type="checkbox"/> 上, <input type="checkbox"/> 下）		繪 圖
	固定假牙	<input type="checkbox"/> 上顎_____齒 <input type="checkbox"/> 下顎_____齒		
預 計 診 治 步 驟 詳 細 說 明				
預 估 經 費	新台幣：	預 定 完 成 日 期	年 月 日	
診 治 醫 師 簽 章				

※註：1. 請自行影印本空白表格使用。2. 以上各項簽名如有不實願負法律責任。