

金門縣 65 歲以上老人假牙補助計畫 診 治 計 畫 書

診所/醫院名稱：_____ 負責醫師姓名：_____

診所/醫院代碼：_____ 電話：_____ 傳 真：_____

診所/醫院地址：_____

姓 名	出 生 日 期	性 別	身 分 證 字 號	身 份 別
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶
地 址				電話：()

診 治 計 畫 內 容

診 治 項 目	活 動 假 牙	<input type="checkbox"/> 全口（上、下兩顎） <input type="checkbox"/> 上顎全口 <input type="checkbox"/> 下顎全口 <input type="checkbox"/> 右上顎部份第_____齒 <input type="checkbox"/> 左上顎部份第_____齒 <input type="checkbox"/> 右下顎部份第_____齒 <input type="checkbox"/> 左下顎部份第_____齒 計：_____齒	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 右上顎 2 左上顎 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 4 右下顎 3 左下顎 </div>
	固 定 假 牙	<input type="checkbox"/> 右上顎部份第_____齒 <input type="checkbox"/> 左上顎部份第_____齒 <input type="checkbox"/> 右下顎部份第_____齒 <input type="checkbox"/> 左下顎部份第_____齒 計：_____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。