



## 護齒同行 - 申請人評估表 (可由家屬或照顧者代為填寫)

### 申請人資料

病人姓名: \_\_\_\_\_

英文姓名: \_\_\_\_\_

身高: \_\_\_\_\_ cm

體重: \_\_\_\_\_ kg / \_\_\_\_\_ lbs

### 能力評估: (請在合適方格內填上'✓' 號)

智障程度	<input type="checkbox"/> 輕度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 嚴重	<input type="checkbox"/> 極嚴重	<input type="checkbox"/> 自閉症譜系障礙患者
肢體狀況	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 行動不便	<input type="checkbox"/> 輪椅(能 / 不能過床)		<input type="checkbox"/> 其他 _____
溝通狀況	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 視力障礙	<input type="checkbox"/> 聽力障礙	<input type="checkbox"/> 語言障礙	<input type="checkbox"/> 其他 _____
精神狀況	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 自閉症	<input type="checkbox"/> 過度活躍	<input type="checkbox"/> 精神病	<input type="checkbox"/> 其他 _____
對特殊處境不安或恐懼	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 面對強光	<input type="checkbox"/> 聽見噪音	<input type="checkbox"/> 當身體被接觸	<input type="checkbox"/> 牙椅移動
	<input type="checkbox"/> 其他 _____				

### 健康狀況:

	是	否
曾否接受過全身麻醉?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在過去的手術或全身麻醉過程中曾否有出現問題?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
親屬中，對全身麻醉有不良反應嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
曾否住院?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
是否需要服用任何藥物? (如有，請附上藥物記錄，可後補)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
是否對一些食物，藥物或其他東西有過敏反應? (如有，請註明: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過去七個星期曾確診 2019 冠狀病毒病 (COVID-19) / 上呼吸道感染嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 口腔狀況: (請在合適方格內填上'✓' 號)

到診原因	<input type="checkbox"/> 牙齦出血	<input type="checkbox"/> 牙肉發炎	<input type="checkbox"/> 蛀牙	<input type="checkbox"/> 牙齒鬆動	<input type="checkbox"/> 其他: _____	
一年內曾接受過牙科診治	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否				
上次接受牙醫診治的地點及內容 (如是，請註明: _____)						
上次接受牙醫診治時的合作性	<input type="checkbox"/> 能合作躺坐牙椅	<input type="checkbox"/> 需陪診者勸導或陪伴	<input type="checkbox"/> 拒躺坐於牙椅上	<input type="checkbox"/> 需肢體約束		
上次接受牙醫診治的情緒表現	<input type="checkbox"/> 穩定	<input type="checkbox"/> 抗拒	<input type="checkbox"/> 恐懼	<input type="checkbox"/> 暴躁	<input type="checkbox"/> 破壞物品 <input type="checkbox"/> 有暴力行為	
上次接受牙醫診治有沒有需要運用任何麻醉方法接受治療						
有，請註明:	<input type="checkbox"/> 局部麻醉	<input type="checkbox"/> 全身麻醉				
負責申請人之口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自己	<input type="checkbox"/> 家屬	<input type="checkbox"/> 家傭	<input type="checkbox"/> 院舍職員		
刷牙次數	<input type="checkbox"/> 早晚一次	<input type="checkbox"/> 早晚兩次	<input type="checkbox"/> 無刷牙 (因抗拒)	<input type="checkbox"/> 無刷牙 (因無牙)		
是否配戴活動式假牙	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否				
膳食類型	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 糊狀	<input type="checkbox"/> 軟餐	<input type="checkbox"/> 鼻胃喉		

**病歷**

	是	否		是	否
需要 2 - 3 枕頭睡覺以改善呼吸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
睡覺時打鼻鼾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	其他內分泌疾病 (如 腎上腺疾病)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
走上兩層樓梯會喘氣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吞嚥困難 / 胃喉餵食 / 胃酸倒流 / 胃病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸痛 / 走路或輕運動時有心絞痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎病/膀胱疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
足踝水腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
睡眠窒息症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	癲癇 (抽搐)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
哮喘 / 支氣管炎/肺氣腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肌肉失養症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺結核 (肺癆)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脊柱側彎/關節炎/骨質疏鬆症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他肺部疾病 (如 吸入性肺炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	貧血/地中海貧血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	流血傾向 (如 血友病 / 血小板疾病)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
低血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲狀腺疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
冠狀動脈心臟疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	遺傳病 (如 唐氏綜合症, G6PD 缺乏症)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心房雜聲 / 心跳不規律	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	黃疸病/肝病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
傳染病菌 (如 愛滋病毒帶菌者 / 愛滋病患者 / 乙型肝炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	如有其他，請詳加列明： _____		

\_\_\_\_\_

病人姓名

\_\_\_\_\_

簽署

\_\_\_\_\_

日期 (日/月/年)

**\*如由 家屬 / 照顧者 / 服務單位職員代為填寫**

_____	_____	_____	_____
家屬 / 照顧者 / 服務單位職員 姓名	與病人關係	聯絡電話	簽署
_____			_____
服務單位名稱			日期 (日/月/年)

## 收集個人資料聲明

- 所有個人資料的提供乃出於自願。微笑·開齒有限公司使用這些個人資料於提供牙科服務、口腔健康評估及數據分析用途。
- 您所提供的個人資料由微笑·開齒有限公司內部使用，資料亦同時會向衛生署披露。  
否則只可於你同意向有關方面作出披露或該種披露是《個人資料（私隱）條例》下所允許的情況才向有關方面披露。
- 根據《個人資料（私隱）條例》第 18 條及 22 條以及附表 1 第 6 原則所述，你有權查詢及修正所提供的個人資料。
- 任何與收集個人資料有關之查詢和修正，請以書面提交致。