

診 治 計 畫 書

總編號

診所名稱：_____診所代碼：_____電話：_____傳真：_____

診所地址：台南市_____

就診者身分證正反面影本

正面

反面

診 治 計 畫 內 容

診
治
項
目

- ☐ 上下顎全口活動假牙
☐ 上顎全口活動假牙，
併下顎部分活動假牙
☐ 下顎全口活動假牙，
併上顎部分活動假牙
☐ 上顎全口活動假牙
☐ 下顎全口活動假牙

- ☐ 上、下顎部份活動假牙
☐ 上顎部份活動假牙
☐ 下顎部份活動假牙
☐ 假牙破裂維修費_____顎
☐ 假牙添加費_____顆
☐ 假牙線勾_____個
☐ 假牙硬式襯底_____座

繪 圖

預計診治步驟詳細說明

預定完成日

年 月 日

假牙經費

診治醫師
簽章

牙 醫 公 會
初 審 意 見

- ☐ 符合補助：補助金額：_____ 元
補助項目：
☐ 不符合補助：原因：_____

理
事
長
核
章

公
會
核
章

社 會 局
審 核 意 見

- ☐ 符合補助：補助金額：_____ 元
補助項目：
☐ 不符合補助：原因：_____

承
辦
人

主
管

