

台大醫院特殊需求者牙科醫療服務示範中心轉診單

原	基本資料	姓名	性別	出生日期				聯絡人										
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西元	年	月	日											
		障礙類別	障礙程度	聯絡地址				聯絡電話										
診	治	口 腔 狀 況	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
						E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
						E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
對照表： ○：齶齒 X：缺齒 Φ：阻生齒 @：磨損 R：殘根 △：填補 B：牙橋 D：活動義齒 I：植牙 C：牙冠,金剛牙套 S：乳牙動搖 #：未萌發																		
醫 院	轉 診 需 求																	
		院所名稱					診治醫師											
		院所地址					聯絡電話	(0)										
							傳真號碼	(F)										
診 所	轉 診 日 期	年	月	日	其他													
		轉診院所地址	台大醫院兒童醫療大樓 4樓 (台北市中山南路 8 號)				轉診院所電話	02-23123456 轉 70475										
		處理情形及治療摘要																
接 受 轉 診 醫 院 診 所	診 治 醫 師					回覆日期	年 月 日											