

年 月 日

到宅牙醫醫療口腔檢查與治療記錄表

編號：										病歷號碼：												
姓名：					性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					出生日期： 年 月 日												
地址：																						
病因：																						
病史：																						
藥物：																						
主訴：																						
主要口腔照護者：										刷牙方式與頻率：												
牙齒現況：(◎=Healthy, D1~D6=Decayed, X=Missing, M1~M3=Mobility, RR=Residual Root, F=Filled, A=Attrition, S=Stone)																						
上顎右						55	54	53	52	51	61	62	63	64	65				上顎左			
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28						
乳牙牙冠			/			/			/			/			/			乳牙牙冠				
恆牙牙冠																		恆牙牙冠				
下顎右						85	84	83	82	81	71	72	73	74	75				下顎左			
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38						
乳牙牙冠			/			/			/			/			/			乳牙牙冠				
恆牙牙冠																		恆牙牙冠				
其它口腔疾病與異常：																						
<input type="checkbox"/> 緊咬； <input type="checkbox"/> 牙齦炎； <input type="checkbox"/> 牙周病； <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常； <input type="checkbox"/>其它：																						

看診日期： 年 月 日					
BP: 前 _____ 後 _____					
HR: 前 _____ 後 _____			到達時間： 離開時間：		
SpO ₂ : 前 _____ 後 _____					
Plaque Index: (Silness and Loe, 1964)					
	M	B	D	P	Sum
#12					
#16					
#24					
#32					
#36					
#44					
治療摘要：					
醫師簽名：					
家屬簽名：					

看診日期： 年 月 日					
BP: 前 _____ 後 _____					
HR: 前 _____ 後 _____			到達時間： 離開時間：		
SpO ₂ : 前 _____ 後 _____					
Plaque Index: (Silness and Loe, 1964)					
	M	B	D	P	Sum
#12					
#16					
#24					
#32					
#36					
#44					
治療摘要：					
醫師簽名：					
家屬簽名：					