

申請人資料 (請在合適方格內填上 '✓'號)

病人編號: _____ HTC 登記號碼: _____

中文姓名: _____ 英文姓名: _____ 體重: _____ kg

申請人能力評估:

| | | | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---|
| 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 |
| 肢體狀況: | <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 行動不便 | <input type="checkbox"/> 輪椅 (能過床) | <input type="checkbox"/> 輪椅 (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"/> 當身體被碰觸 <input type="checkbox"/> 其他: _____ |

申請人的健康狀況:

| 問題: | 是 | 否 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. 曾否接受過全身麻醉? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 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"/> |
| 3. 親屬中, 對全身麻醉有不良反應嗎? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 曾否住院? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 是否需要服用任何藥物?(如有, 請附上藥物記錄) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 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"/> |

申請人病歷(*請選擇適用的):

| 病歷 | 有 | 無 | 病歷 | 有 | 無 |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 需要 2-3 枕頭睡覺以改善呼吸 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | n. 糖尿病 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 睡覺時打鼻鼾 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | o. 其他內分泌疾病 (如腎上腺疾病) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 走上兩層樓梯會喘氣 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | p. 吞嚥困難/胃喉餵食/胃酸倒流/胃病* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 胸痛/走路或輕運動時有心絞痛* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | q. 腎臟/膀胱疾病* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 足踝水腫 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | r. 中風/癲癇(抽搐)* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 哮喘/支氣管炎/肺氣腫* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | s. 肌失養症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 肺癆 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | t. 脊柱側彎/關節炎/骨質疏鬆症* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 睡眠窒息症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | u. 貧血/地中海貧血* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 其他肺部疾病 (如肺纖維化) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | v. 流血傾向 (如血友病/血小板疾病*) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 高血壓 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | w. 傳染病 (如艾滋病/艾滋病病毒/肝炎*) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. 冠狀動脈心臟疾病 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | x. 黃疸病/肝病* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. 心臟雜聲/心跳不規律* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | y. 遺傳病 (如唐氏綜合症, G6PD 缺乏症*) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. 甲狀腺疾病 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | z. 家族成員有麻醉問題 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 如有其他健康問題, 請詳加列明: | | | | | |

申請人的牙齒狀況:

| | | | | | | |
|-----------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 上次接受牙醫診治的時間是？ | <input type="checkbox"/> _____月前 | <input type="checkbox"/> _____年前 | | | | |
| 上次接受牙醫診治的內容是？ | <input type="checkbox"/> 檢查 | <input type="checkbox"/> 洗牙 | <input type="checkbox"/> 補牙 | <input type="checkbox"/> 脫牙 | <input type="checkbox"/> 杜牙根 | <input type="checkbox"/> 造假牙 |
| 有沒有用任何麻醉方法接受治療？ | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 沒有 | | | | |
| 如有，用什麼麻醉法？ | <input type="checkbox"/> 局部麻醉 | <input type="checkbox"/> 全身麻醉 | | | | |
| 上次接受牙醫診治時的合作性？ | <input type="checkbox"/> 合作地躺坐於牙椅上 | <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"/> 需使用肢體約束 | <input type="checkbox"/> 需全身麻醉 | | | | |
| 上次接受牙醫診治時的情緒表現？ | <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 | | | | | |
| 平日由誰負責申請人之牙齒清潔？ | <input type="checkbox"/> 自己 | <input type="checkbox"/> 家屬 | <input type="checkbox"/> 家傭 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 院舍職員 | | | | | |
| 平日刷牙次數？ | <input type="checkbox"/> 早上一次 | <input type="checkbox"/> 中午一次 | <input type="checkbox"/> 晚上一次 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 無刷牙(因抗拒) | <input type="checkbox"/> 無刷牙(因無牙) | | | | |
| 使用牙刷類型？ | <input type="checkbox"/> 普通牙刷 | <input type="checkbox"/> 電動牙刷 | | | | |
| 使用輔助潔齒用品？ | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 牙縫刷 | <input type="checkbox"/> 單頭牙刷 | <input type="checkbox"/> 牙線棒 | | |
| | <input type="checkbox"/> 牙線 | <input type="checkbox"/> 生理鹽水 | <input type="checkbox"/> 漱口水(_____牌) | | | |
| 平日膳食類型？ | <input type="checkbox"/> 普通餐 | <input type="checkbox"/> 碎餐 | <input type="checkbox"/> 軟餐 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 糊狀 | <input type="checkbox"/> 鼻胃喉 | <input type="checkbox"/> 其他(_____) | | | |
| 平日吞嚥食物時有沒有出現哽塞？ | <input type="checkbox"/> 經常有 | <input type="checkbox"/> 間中有 | <input type="checkbox"/> 甚少有 | <input type="checkbox"/> 沒有 | | |
| 是否有配戴假牙？ | <input type="checkbox"/> 有 (假牙類型： <input type="checkbox"/> 固定 / <input type="checkbox"/> 活動) | <input type="checkbox"/> 沒有 | | | | |
| 現時的牙患問題？ | <input type="checkbox"/> 刷牙時牙齦出血 | <input type="checkbox"/> 牙石積聚 | <input type="checkbox"/> 牙肉發炎 | <input type="checkbox"/> 蛀牙 | <input type="checkbox"/> 牙齒鬆動 | |
| | <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 不詳 | | | | |

此表格內資料，按本人所知而提供。

如由申請人或家屬提供，請在此填寫。

申請人/家屬姓名：_____ 家屬與申請人關係 (如適用)：_____

簽署：_____ 日期：_____

聯絡電話/WhatsApp: _____

如由服務單位職員提供，請在此填寫。

服務單位職員姓名：_____ 服務單位名稱：_____

簽署：_____ 日期：_____

收集個人資料聲明

1. 所有個人資料的提供乃出於自願。盈愛·笑容基金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。
2. 你所提供的個人資料，主要由盈愛·笑容基金有限公司經營的牙科診所內使用，資料亦會向衛生署披露，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》所允許的情況下，才向有關方面披露。
3. 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。
4. 任何與收集個人資料有關之查詢，包括查詢和修正資料，請以書面提交致：新界葵涌祖堯邨祖堯坊地下 E13 - 15 號舖，盈愛·笑容基金有限公司。