

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: _____

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	<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:	體重:	kg	身高:	cm	BMI:
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, 可後補)					<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"/>
7. 過去七個星期曾確診 2019 冠狀病毒 (COVID-19) / 上呼吸道感染嗎?					<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 睡眠窒息症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s. 癲癇(抽搐)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. 哮喘/支氣管炎/肺氣腫*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t. 肌肉失養症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 肺結核(肺癆)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u. 脊柱側彎/關節炎/骨質疏鬆症*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 其他肺部疾病 (如吸入性肺炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v. 貧血/地中海貧血*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 高血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w. 流血傾向 (如血友病/血小板疾病*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 冠狀動脈心臟疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x. 傳染病菌 (如愛滋病/肝炎*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 心房雜聲/心跳不規律*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	y. 黃疸病/肝病*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 甲狀腺疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z. 遺傳病 (如唐氏綜合症, G6PD 缺乏症*)	<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。

請填寫申請及評估表格並連同用藥記錄(如有)傳真至 2370 0319. 如有任何查詢，請致電 2370 2669.