

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: _____ 身份証號碼: _____

申請人能力評估:

智障程度:	☐ 輕度	☐ 中度	☐ 嚴重	☐ 極嚴重	☐ 自閉症譜系障礙患者
肢體狀況:	☐ 正常	☐ 行動不便	☐ 輪椅 (能過床)	☐ 輪椅 (不能過床)	☐ 其他: _____
溝通狀況:	☐ 正常	☐ 視力障礙	☐ 聽力障礙	☐ 語言障礙	☐ 其他: _____
精神狀況:	☐ 正常	☐ 自閉症	☐ 過度活躍	☐ 精神病	☐ 其他: _____
對特殊處境 不安或恐懼:	☐ 無	☐ 面對強光	☐ 聽見噪音	☐ 當身體被碰觸	☐ 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?					☐ ☐
2. 在過去的手術或全身麻醉過程中曾否有出現問題?					☐ ☐
3. 親屬中, 對全身麻醉有不良反應嗎?					☐ ☐
4. 曾否住院?					☐ ☐
5. 是否需要服用任何藥物? (如有, 請附上藥物記錄, 可後補)					☐ ☐
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: _____)					☐ ☐

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	☐	☐	n. 糖尿病	☐	☐
b. 睡覺時打鼻鼾	☐	☐	o. 其他內分泌疾病 (如腎上腺疾病)	☐	☐
c. 走上兩層樓梯會喘氣	☐	☐	p. 吞嚥困難/胃喉餵食/胃酸倒流/胃病*	☐	☐
d. 胸痛/走路或輕運動時有心絞痛*	☐	☐	q. 腎臟/膀胱疾病*	☐	☐
e. 足踝水腫	☐	☐	r. 中風	☐	☐
f. 睡眠窒息症	☐	☐	s. 癲癇(抽搐)	☐	☐
g. 哮喘/支氣管炎/肺氣腫*	☐	☐	t. 肌肉失養症	☐	☐
h. 肺結核(肺癆)	☐	☐	u. 脊柱側彎/關節炎/骨質疏鬆症*	☐	☐
i. 其他肺部疾病 (如吸入性肺炎)	☐	☐	v. 貧血/地中海貧血*	☐	☐
j. 高血壓	☐	☐	w. 流血傾向 (如血友病/血小板疾病*)	☐	☐
k. 冠狀動脈心臟疾病	☐	☐	x. 傳染病菌 (如愛滋病/肝炎*)	☐	☐
l. 心房雜聲/心跳不規律*	☐	☐	y. 黃疸病/肝病*	☐	☐
m. 甲狀腺疾病	☐	☐	z. 遺傳病 (如唐氏綜合症, G6PD 缺乏症*)	☐	☐
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？	☐ _____ 月前	☐ _____ 年前
上次接受牙醫診治的內容是？	☐ 檢查	☐ 洗牙 ☐ 補牙 ☐ 脫牙 ☐ 杜牙根 ☐ 造假牙
上次接受牙醫診治時的合作性？	☐ 合作地躺坐於牙椅上	☐ 需陪診者勸導或陪伴 ☐ 拒躺坐於牙椅上
	☐ 需使用肢體約束	☐ 需全身麻醉
上次接受牙醫診治時的情緒表現？	☐ 穩定 ☐ 抗拒 ☐ 恐懼 ☐ 暴躁 ☐ 破壞物品	☐ 有暴力行為
平日由誰負責申請人之牙齒清潔？	☐ 自己 ☐ 家屬 ☐ 家傭	☐ 院舍職員
吸煙習慣？	☐ 天天有 ☐ 間中有 ☐ 沒有	
平日刷牙次數？	☐ 早上一次 ☐ 中午一次 ☐ 晚上一次	☐ 無刷牙(因抗拒) ☐ 無刷牙(因無牙)
使用牙刷類型？	☐ 普通牙刷 ☐ 電動牙刷	
使用輔助潔齒用品？	☐ 無 ☐ 牙縫刷 ☐ 單頭牙刷 ☐ 牙線棒	☐ 牙線 ☐ 生理鹽水 ☐ 漱口水(_____牌)
使用牙膏種類？	☐ 含氟化物牙膏 ☐ 其他牙膏(_____)	
平日膳食類型？	☐ 普通餐 ☐ 碎餐 ☐ 軟餐	☐ 糊狀 ☐ 鼻胃喉 ☐ 其他(_____)
平日吞嚥食物時有沒有出現哽塞？	☐ 經常有 ☐ 間中有 ☐ 甚少有 ☐ 沒有	
是否有配戴假牙？	☐ 有 (假牙類型: ☐ 固定 / ☐ 活動)	☐ 沒有
現時的牙患問題？	☐ 刷牙時牙齦出血 ☐ 牙石積聚 ☐ 牙肉發炎 ☐ 蛀牙 ☐ 牙齒鬆動	☐ 其他: _____ ☐ 不詳

此表格內資料，按本人所知而提供

申請人/家屬/監護/：_____ 家屬與申請人關係(如適用)/：_____

服務單位代表姓名 _____ 服務單位名稱 _____

簽署/服務單位印章：_____ 日期：_____

接受牙科治療及拍攝就診過程同意書

申請人/家屬/監護人

本人(姓名)_____ 現同意盈愛無障牙科中心牙科醫生為護齒同行申請人(姓名)_____ 提供牙科治療服務，包括需使用鎮靜劑之牙科治療。同時，本人亦同意讓牙科醫生拍攝，儲存及使用申請人臨床照片作為醫療/牙科紀錄，以及申請治療費用資助之用。

與申請人關係：*本人/家屬/監護人

聯絡電話/WhatsApp: _____

簽署: _____

日期: _____

* 請刪除不適用者

如沒有法定監護人

如申請人未有法定監護人，牙科醫生將按照專業判斷提供符合申請人最大利益的治療。

牙科醫生姓名: _____ 簽署: _____ 日期: _____

收集個人資料聲明

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。