# 病人基本資料暨接受牙周病統合性治療確認書

姓名：　　病歷號碼：

**一、醫學病史：**

□糖尿病　□心血管疾病　□高血壓　□呼吸道感染（感冒、肺炎）

□癌症　□懷孕　□其他(　　)

□服用骨質疏鬆藥物　□無

**二、個人習慣：**

抽　菸：□無　□有(　　包/天，　　年)

喝　酒：□無　□有

嚼檳榔：□無　□有(　　顆/天，　　年)

過　敏：□無　□藥物(　　)　□食物(　　)

**三、家族病史：**

□糖尿病　□心血管疾病　□高血壓　□癌症(種類：　　)

□其他疾病(　　)　□無

**醫師之聲明**

**1.** 我已經為病人完成治療前評估之工作。

**2.** 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋治療之相關資訊，特別是下列事項：

□治療的原因和方式□建議麻醉方式為局部麻醉□牙周病治療之健保支付項目

□治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。

□相關說明資料（牙周病照護手冊或電子檔），我已交付病人。

**3.** 我已經給予病人充足時間，詢問下列有關本次治療與涉及之局部麻醉問題，並給予答覆：

**病人之聲明**

**1.** 以下的事項，牙醫師已向我解釋，並且我已完全了解。

**(1)** 施行治療的原因和方式。

**(2)** 為順利進行治療，我可能同時接受局部麻醉，以解除治療所造成之痛苦及恐懼。

**(3)** 治療的預期結果及治療後可能出現的不適症狀以及其處理方式。

**(4)** 牙周病治療之健保支付項目。

**2.** 我已獲得並且閱讀相關說明資料（牙周病照護手冊或電子檔）。

**3.** 針對要接受的治療與麻醉之進行，我能向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

**4.** 本人一年內未曾接受齒齦下刮除術或牙周翻瓣手術。

基於上述聲明，我同意接受牙周病統合性治療。

牙醫師簽名：　　立同意書人簽名：　　與病患之關係：

中華民國　　年　　月　　日

註：立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。