

特殊需求者牙科醫療追蹤表

醫院名稱：

序號	病人姓名	障別及嚴重度	就醫日期	就醫原因	執行麻醉	服務醫師	追蹤次數	追蹤日期	追蹤方式	病人狀況	追蹤記錄人

備註：

- 一、「就醫日期」之填報格式為民國年 3 碼＋月份 2 碼＋日期 2 碼，例如 111 年 1 月 1 日即填報「1110101」。
- 二、「障別及嚴重度」請依代碼表填寫，代碼表如附件後。
- 三、「就醫原因」請依據「處置項目」代碼表進行填寫，代碼表如後。請詳實填報，如為其他處置項目，亦可填報其他相關內容。
- 四、「執行麻醉」分為「1：一般」、「2：鎮靜麻醉」、「3：全身麻醉」等三項。
- 五、追蹤方式例如：電訪、問卷等。
- 六、為保護個資，請勿於計畫申請書或成果報告中直接呈現，盡量以統計結果呈現。

註：「障別及嚴重度」代碼表

障別 \ 嚴重度		輕度		中度		重度		極重度	
第一類	智能障礙者	01A		01B		01C		01D	
	植物人	02A		02B		02C		02D	
	失智症者	03A		03B		03C		03D	
	自閉症者	04A		04B		04C		04D	
	中度以上精神障礙	—		05B		05C		05D	
	頑性（難治型）癲癇症者	06A		06B		06C		06D	
第二類	重度以上視覺障礙	—		—		07C		07D	
第七類	腦性麻痺	08A		08B		08C		08D	
	重度以上肢體障礙	—		—		09C		09D	
多重障礙		10A	10B	10C	10D				
罕見疾病		18A	18B	18C	18D				
染色體異常		26A	26B	26C	26D				
發展遲緩兒童		34A							