

類別	項目	術前	術中	術後
	91012C	符合支付標準表規定，提供至少四顆牙齒且每顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。		
	91013C	需提供能辨識有牙齦下齦齒的相片或 x 光片舉證		需提供能辨識牙齦切除後有窩洞或齦齒的相片舉證。
B	91001C 92001C 92012C 92066C 92071C 92094C	需提供能明顯辨識符合診斷之病況部位的相片(口腔內軟、硬組織)舉證。	免附	免附
C	一般 OD 項目： 89001C ~89005C 89008C ~89015C	未治療前	Cavity Prepare 後， soft dentin 清除 未充填前	充填後
	89006C	未治療前	清除蛀牙後	Capping 後
D	91006C	符合支付標準表規定，提供全口四區域，各區域至少四顆牙齒且每顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。	免附	免附
	91007C	符合支付標準表規定，提供至少四顆牙齒且每顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。		
	91008C	符合支付標準表規定，提供至少一顆牙齒具有至少一個部位牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 且與牙周囊袋紀錄牙位相符相片舉證。		

(4) 照片最少要 (3*5吋) 格式清晰可判讀，且應為沖洗之相片紙，不能使用列印方式。

(5) 未滿六歲病患(就醫年月-出生年月 ≤ 72 個月)，若無法配合照相者，應逐次請家長簽名。

2. 已參與中央健康保險署專業審查作業紙本病歷替代方案者

(1) 以電子檔上傳之彩色照片上應註明患者姓名、就診日期及照片至少有三顆(含)牙齒以上【主體及左右鄰牙】並

表1 牙醫院所就醫日報表

醫師姓名：		日期 年 月 日					
號次	就醫 序號	病患姓名	身分證字號	病歷號	傷病名稱部位與處置	起迄時間 時 分	合計工時
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

註 1.病人之病歷當次診治欄內，應同時記載該次之診治起迄工時。

2.本日報表每日填寫，不同日期不得填寫於同一張上。

3.日報表請自行影印填寫。

表3 全民健保牙醫門診醫療服務台北區「醫療確認單」

牙醫門診醫療確認單				
姓名		就醫日期		
處置內容明細		類	部位	起迄看診時間
銀粉/複合體充填				
樹脂/玻璃離子體充填				
牙周治療或洗牙				
根管治療				
拔牙				
其他 (請詳列治療項目及部位)				
如有疑義，請洽健保署臺北業務組電話：(02)2348-6381~6392、 (02)2348-6303~6304 牙醫台北區審查分會電話：(02)23584515、(02)23975081				

本人確認醫師已清楚
解釋治療原因、診斷
結果及處置內容部
份，並已在口腔內指
明治療部位及內容。
特此確認簽名：

日期：

院所名稱/代號

診治醫師簽章

註：本確認單為協助健保署查證醫療處置完整完成之用途。一式二聯，一聯由院所實貼於病歷當次治療紀錄、一聯交由病人確認，請診所使用中文填寫內容，此確認單已視為病歷內容一部份，其他仍依**管**控作業相關規定進行申報與抽審（此表可影印縮小使用）。