



填寫此表格純屬自願。您不會因為您的回答而被拒絕照護。此資訊為私人資訊。

會員姓名：	出生日期：	ID 編號：
-------	-------	--------

請勾選一項：

1 自您上次看牙醫以來是否已超過 12 個月？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2 您的牙齒在吃冷食、熱食或含糖食物時是否會感到疼痛？*	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3 您的口腔或牙齦是否會感到疼痛？*	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4 您是否有被感染的單顆牙齒或多顆牙齒？*	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5 您是否有斷裂的單顆牙齒或多顆牙齒？*	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
6 您是否會口乾舌燥？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
7 您刷牙或用牙線時牙齦是否會流血？*	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
8 您是否接受過牙齦（牙周）治療？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
如果是的話，列出上次就診日期： _____	
9 您是否戴全牙或是局部假牙？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
10 您是否懷孕？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
11 您是否經常因嚴重的疾病而去看醫生？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
如果是的話，請選擇所有適用項： <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 其他： _____	
12 您目前是否正在接受放療或化療？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
13 您是否曾經或被告知您有精神或身體障礙？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
14 您在過去一年是否因牙齒問題去過急診室？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
如果是的話，請解釋： _____	
15 是否有任何非醫療/社會條件會影響會員獲得保健服務的能力？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
如果是的話，請選擇所有適用項： <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 住房 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 其他： _____	
16 英語是否為家裡的主要使用語言？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
如果不是的話，使用什麼語言： _____	
17 我同意接收來自 LIBERTY 牙科計劃的簡訊/電子郵件，以幫助管理我的口腔健康。手機 _____ 電子郵件 _____	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

**如果您有疼痛、腫脹、出血或感染，請聯絡 LIBERTY 尋求即時幫助。*

我瞭解此資訊將披露給我的新牙科計劃。

簽名： _____ 日期： _____

請寄回至： LIBERTY Dental Plan, P. O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110