



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 會員是否有他們經常看的牙醫？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2 會員是否每天刷牙？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3 會員的牙齒在吃冷食、熱食或含糖食物時是否會感到疼痛？*	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4 會員是否居住在有含氟飲用水的地區？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5 會員在兩餐之間是否會吃零食？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
6 會員是否喝了很多汽水、果汁或能量飲料？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
7 會員是否有蛀牙？*	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
8 父母或監護人是否有蛀牙史？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
如果是的話，關係： _____	
9 會員的牙齒看起來像是否有稱為牙菌斑的薄膜狀物質？*	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
10 會員上床睡覺時是否會帶一瓶牛奶、果汁或其他飲料？*	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
11 會員是否懷孕？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
12 會員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： _____	
13 會員是否有特殊的醫療保健需求？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
14 會員是否被告知他們有精神、行為或身體方面的障礙？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
15 會員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： _____	
16 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： _____	
17 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： _____	
18 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 _____ 電子郵件地址 _____	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： _____

如果非由投保者簽名，請選擇一項： 未成年人的雙親之一 監護人 其他代表

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