

# 口腔健康评估



如需在线完成此评估，请使用智能手机相机扫描此代码，或访问 [\[bit.ly/ca-md-assessment\]](https://bit.ly/ca-md-assessment)。将相机对准二维码并轻触屏幕以访问表格。

请填写此表格，以便我们为您提供最佳护理。每位家庭成员如属于 DentaQuest 计划会员，请各填写一份表格。完成后，请将表格邮寄至下方列出的邮寄地址。您可访问 [DentaQuest.com](https://DentaQuest.com) 下载新会员调查表。

姓名： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_  
电话： \_\_\_\_\_（手机） \_\_\_\_\_（住宅） 电子邮件： \_\_\_\_\_  
今日日期（mm/dd/yyyy）： \_\_\_\_\_ [DentaQuest] 会员编号： \_\_\_\_\_

我们可以使用上述电子邮件和电话号码联系您吗？  是  否

填写此表格完全自愿。您的保密回答不会影响您获得医疗护理。

1. 距离您上次看牙已经超过12个月了吗？  
 是  否
2. 您在进食冷、热或含糖食物时会感到疼痛吗？  
 是  否
3. 您有牙齿断裂的情况吗？  
 是  否
4. 您的口腔是否干燥？  
 是  否
5. 您在刷牙或使用牙线时牙龈会出血吗？  
 是  否
6. 您接受过任何牙龈（牙周）治疗吗？  
 是  否
7. 您是否佩戴全口假牙或局部假牙  
 是  否
8. 您目前是否正在接受放疗或化疗？  
 是  否
9. 您是否有特殊需求而导致就诊牙医困难？  
 是  否  
如果是，请选择：（可多选）  
 我有智力和/或身体残疾  
 我对看牙感到紧张或害怕  
 我使用轮椅或担架  
 其他（请说明）
10. 您是否怀孕？  
 是  否
11. 您是否有会导致您就诊牙医困难的健康问题或疾病？  
 是  否  
如果是，请选择：（可多选）  
 糖尿病  
 肾脏疾病  
 心脏病  
 肺部疾病  
 癌症  
 精神疾病或心理健康问题  
 药物或酒精使用或滥用  
 其他（请说明）
12. 您是否有其他类型的问题导致您就诊牙医困难？（例如，“我没有去看牙医的交通方式。”）  
 是  否  
如果是，（请说明）

请将填写完成的表格寄回：

DentaQuest，收件人：案件管理  
PO Box 2906, Milwaukee, WI 53201-9292

牙科福利由 California Dental Network提供。California Dental Network以 DentaQuest的名义经营。在本文件中，California Dental Network 被称为 DentaQuest。