

口腔健康評估



若要完成此評估的線上版本，請使用您的智慧型手機相機掃描此代碼或前往 [\[bit.ly/ca-md-assessment\]](https://bit.ly/ca-md-assessment)。將滑鼠游標懸停於代碼上並在螢幕上點擊以進入表單。

請填寫此表單，以便我們能為您提供最佳照護。對於您家庭中為 DentaQuest 保險計畫會員的每位成員，請各填寫一份表單。完成後，請將表單寄回下方列出的郵寄地址。您可以造訪 DentaQuest.com 下載新會員調查表。

姓名： _____ 出生日期： _____
電話： _____ (行動電話) _____ (住家電話) 電子郵件： _____
日期 (mm/dd/yyyy)： _____ [DentaQuest] 會員ID： _____
我們可否使用上述電子郵件及電話號碼與您聯絡？ 是 否

填寫此表單乃屬自願。您不會因您保密的答案而被拒絕照護。

- 距離您上一次牙科就診是否已超過12個月？
 是 否
- 當食用冷、熱或含糖食物時，您是否會感到疼痛？
 是 否
- 您是否有斷裂的牙齒？
 是 否
- 您的口腔是否乾燥？
 是 否
- 在刷牙或使用牙線時，您的牙齦是否會出血？
 是 否
- 您是否接受過任何牙齦（牙周）治療？
 是 否
- 您是否配戴全口義齒或局部義齒？
 是 否
- 您目前是否正在接受放射治療或化療？
 是 否
- 您是否因特殊需求而難以前往牙醫診所？
 是 否
如果是，哪一種？（請勾選所有適用項目）
 我有智力和 / 或肢體障礙
 我對看牙醫感到緊張或害怕
 我使用輪椅或擔架
 其他（請說明）

- 您是否懷孕？
 是 否
- 您是否有健康問題或疾病使您難以前往牙醫診所？
 是 否
如果是，哪一種？（請勾選所有適用項目）
 糖尿病
 腎臟疾病
 心臟疾病
 肺部疾病
 癌症
 精神疾病或心理健康問題
 藥物或酒精使用或濫用
 其他（請說明）

- 您是否有其他任何問題使您難以前往牙醫診所？（例如，「我沒有辦法去牙醫診所。」）
 是 否
如果是，（請說明）

請將填寫完畢的表格寄至：

DentaQuest 病例管理部（收）

PO Box 2906, Milwaukee, WI 53201-9292

牙科福利由 California Dental Network 提供。California Dental Network 以 DentaQuest 名義營運。在本文件中，California Dental Network 稱為 DentaQuest。