

[附件九]

九十六年牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫期末報告封面

一、姓名：

二、身分證字號：

三、出生年月日： 年 月 日

四、牙醫師證號：

五、診所名稱：

六、聯絡電話：()

七、傳真電話：()

八、執業地點： 縣 鄉

九、門診服務時間(請填寫門診時數)：共 小時/週

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

十、「公共衛生推廣」及「巡迴醫療」服務時間

	一	二	三	四	五	六	日
上午時間							
下午時間							
晚上時間							

牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付試辦計畫期末報告內容

一、執業地區醫療需求分析：

1. 地理環境、就醫便利性、就醫率、患者人口性別、年齡等分布情形

2. 執業之各月健保申報量及各治療項統計(P1-P8)比例分析情況

各月健保申報量

	1月	2月	3月	...	12月	總計
申報點數				...		

各治療項統計(P1-P8)比例分析

	P1(%)	P2(%)	P3(%)	P4(%)	P5(%)	P7(%)	P8(%)
1月							

2月							
3月							
...							
12月							
總計							

3. 口腔衛生服務情況（家護訪視、正確刷牙及牙線使用指導、含氟水漱口指導及口腔癌篩檢工作）

項目	日期	地點 (學校/村落)	人數	備註
一、家戶訪視				
二、正確刷牙及 牙線指導				
三、含氟漱口水指導				
四、口腔癌篩檢				
五、口腔衛生教育				

4. 醫事人員人力分配：

姓名	身分證字號	出生年月日	學歷

二、執業所遇的問題及解決方針

1. 交通流線及道路狀況：

2. 當地居民的健保投保率就醫行為（當地有關因健保投保率低而造成就醫人口低及就醫率低之問題）及人文背景：

3. 執業範圍、區域及執行困難之原因：

4. 政策、計劃、規範、經費的明確性及永續性

5. 其他

三、自我評鑑（優點及缺點）（請列項說明）

四、檢討與建議（請詳實敘述）

五、未來的展望及願景（請詳實敘述）

六、書寫格式：以word形式建檔，A 4版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫。