

**100 年度全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案
執行成果報告**

分區業務組：

填表日期： 年 月 日

基本資料	醫院名稱		聯絡電話 ()																		
	醫院代號		負責醫師姓名																		
	郵遞區號		聯絡地址																		
	申請服務地區	縣市 鄉鎮區 村里	服務型態	<input type="checkbox"/> 巡迴醫療																	
申請服務內容	計畫執行期間： 自 年 月 日起至 年 月 日止，共 個月																				
	申請項目： 巡迴醫師科別： 巡迴醫師姓名：																				
	星期一至			星期二			星期三			星期四			星期五			星期六			星期日		
	上	下	夜	上	下	夜	上	下	夜	上	下	夜	上	下	夜	上	下	夜	上	下	夜
	午	午	間	午	午	間	午	午	間	午	午	間	午	午	間	午	午	間	午	午	間
	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村
	執行成果	申報經費概算：																			
		項目	科目	數量 (單位:診/年)	單價	總金額	備註														
醫師診察費				平日:4,500 假日:5,500																	
配合巡迴護士				平日:1,200 假日:1,700																	
合計																					
成果評估：																					
實施 總診次		實施總人次	經費 總點數	平均每診 次點數	平均每人次 點數	平均每診次 服務人次	原計畫執行 目標人次	服務人次 達成比例													
對本計畫之建議：																					

