

**102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**

附件9

分區業務組：

填表日期： 年 月 日

<b>基本資料</b>	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"/> 巡迴醫療服務					
<b>申請服務內容</b>	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	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日		
	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間	上午	下午	夜間
	村	村	村	村	村	村	村	村	村
<b>執行成果</b>	申報經費概算：								
	項目	科目	數量 (單位:診/年)	單價	總金額	備註			
	醫師報酬			平日:4,500 假日:5,500					
	配合巡迴護理人員報酬			平日:1,200 假日:1,700					
	配合巡迴藥事人員報酬			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 (總平均)	平均每巡迴 點服務人次	原計畫 執行目 標人次	服務人次 達成比例
	對本方案之建議：								