

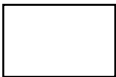
99 年牙醫師至醫療資源缺乏地區執業服務醫療給付計畫

「牙醫巡迴醫療服務」

執行表

申請日期 年 月 日

執業點用

醫事機構名稱：		健保代號：	
服務地點_____縣_____鄉 村 _____國小		地址：	
服務地段人員：		職稱：	聯絡電話：
執行日期_____年_____月_____日_____時_____分至_____時_____分 合計_____小時			
服務對象 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 國小學童 <input type="checkbox"/> 幼稚園學童		服務人數_____人	
服務項目： <ul style="list-style-type: none"> (一) <input type="checkbox"/>一般治療 (二) <input type="checkbox"/>溝隙封劑與預防性樹脂填充使用 (三) <input type="checkbox"/>口腔衛生推廣服務 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A.正確刷牙及牙線指導 <input type="checkbox"/> B.含氟漱口水指導 <input type="checkbox"/> C.成人口腔癌篩檢 <input type="checkbox"/> D.家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查 <input type="checkbox"/> E.參與並配合當地社區的總體健康營造活動 <input type="checkbox"/> F.口腔衛生及疾病防制說明會 			
服務醫師姓名 _____ 簽名		附註： 1. 口腔衛生推廣服項目每月至多申報一次。 2. 服務地段人員應為同一人，並需簽名，如需說明處，請於表格空白部分填寫。 3. 執行照片三張。 4. 連同服務報酬申請表及事前申請同意函分送所屬本保險人分區業務組。	
服務地段人員 _____ 簽名			
醫事機構名稱 _____  印			