[附件十之四]

99 年度牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付計畫

「口腔衛生推廣」服務及「巡迴醫療」

執行表

巡迴計畫用

申請日期　　年　　月　　日

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　□成人　□國小學童　□幼稚園學童	服務人數____人
服務項目：(一) □口腔衛生推廣服務 □A.正確刷牙及牙線指導 □B.含氟漱口水指導 □C 成人口腔癌篩檢 □D.家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查 □E 參與並配合當地社區的總體健康營造活動 □F.口腔衛生及疾病防制說明會 (二) □牙醫巡迴醫療服務 □A.一般治療 □B.溝隙封劑與預防性樹脂填充使用	
服務醫師姓名　　簽名 服務地段人員_____簽名 醫事機構名稱_____ □ 印	附註： 1.口腔衛生推廣服項目每月至多單獨申報一次。 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本保險人之分區業務組。