

## 牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付計畫申請書

一、申請單位：(公會、分會、教學醫院或其他)

二、負責醫師：

三、其他相關醫師：

四、聯絡電話：( )

五、聯絡地址：□□□

六、巡迴縣市鄉鎮	學校名稱	學童數	醫療費用	巡迴期間
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月
縣 鄉		人	\$	年 月

合計學校數：

總人數

總經費

## 牙醫師至醫療資源缺乏地區巡迴服務醫療給付計畫計畫書內容

- 一、前言：請敘述巡迴服務動機，包括巡迴服務鄉鎮、學校名稱、醫療資源提供情況、口腔問題狀況等。
- 二、目的：分點具體列述巡迴服務所要達成之目標。
- 三、巡迴學校之現況分析：請依下列項目分別具體列述相關內容。
  - (一)巡迴服務學校之地區及人口分布：請具體詳述巡迴服務學校之地區分布情形及面積、學童數、當地戶籍人口數及其性別年齡別分布情形等相關資料。
  - (二)地理環境概況及交通情形：請簡要敘述巡迴服務地區地理環境概況（檢附簡要地圖更佳）、當地對外交通情形、當地距最近牙醫醫療服務所需車程時間等。
  - (三)醫療需求情形：請詳述巡迴服務學校之醫療服務使用狀況、口腔衛生保健狀況、齲齒率、就醫率等相關情形。
- 四、執行計畫：
  - (一)醫療人力資源：請詳述醫事人力名單(包含診所名稱、診所代號、醫師姓名、身分證字號、牙醫師證號等)。
  - (二)經費評估：請詳述經費評估之方法及內容，經費請依支付標準表之項目及點數評估，點數總計後請加二成計算。
- 五、評估預期效益：請詳述巡迴服務預期將對學校達成之效益，並表列各項預定達成指標。
- 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。