

| 診所名稱 | 服務醫師 | 巡迴地點 | 病患數 | 申報點數 | 巡迴期間 |
|------|------|------|-----|------|------|
| | | | 人 | \$ | 月至 月 |
| | | | 人 | \$ | 月至 月 |
| | | | 人 | \$ | 月至 月 |
| | | | 人 | \$ | 月至 月 |
| | | | 人 | \$ | 月至 月 |
| | | | 人 | \$ | 月至 月 |

八、醫事人力及門診診數

人次 門診數

九、現況報告

(一)巡迴地區醫療需求情況分析

(二)巡迴地區地理環境，就醫便利性，就醫率及達成目標成數

(三)口腔衛生保健服務情況（家護訪視、正確刷牙及牙線使用指導、含氟水漱口指導及口腔癌篩檢工作）

十、巡迴醫療所遇問題及解決方針（詳實敘述）

十一、自我評鑑（優點及缺點）（請列項說明）

十二、檢討與建議（請詳實敘述）

十三、未來的展望及願景（請詳實敘述）

十四、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。