

103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案 巡迴醫療服務計畫執行報告封面

保險人分區業務組：

分區

填表日期：

年 月 日

基本資料	診所/醫院名稱											聯絡電話	()										
	診所/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(市/區)				村(里)							
申請服務內容	申請項目：																						
	1. 醫事人員 巡迴醫師科別：																						
	巡迴醫師姓名：																						
	2. 巡迴服務時間 (請填寫時數)：共 小時/週																						
	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	上午	下午	夜間	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	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村
	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)	(里)
	1. 計畫執行期間：自 年__月__日起至 年__月__日止，共 個月																						
2. 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：																							