

【附件 8】

全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫  
- 特定身心障礙者牙醫醫療服務期末報告（醫療團）

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_（計畫執行期間）

一、醫療團/執行醫療服務地點名稱：

\*執行醫療服務單位數，人數：\_\_\_\_\_人（\*務必填寫現行機構/學校/醫院最新人數）

二、醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號

（表格不敷使用可自行增加欄位）

三、年度排班及執行成果

月份	排班 醫師數	總診次	總時數	總服務 人次	論次費用	論量費用	論次論量 費用小計
1月							
2月							
3月							
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
總計							

備註：資料統計來源-醫療團月報表。

四、本年度執行計畫之困難：

## 五、下年度延續執行計畫申請

### (一)醫師人力

序號	醫師姓名	身分證字號	院所名稱	醫事機構代號	備註
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續
					<input type="checkbox"/> 延續 <input type="checkbox"/> 不延續

(表格不敷使用可自行增加欄位，醫療團新增醫師時，需由申請單位向牙醫全聯會函文提出申請。)

### (二)下年度預定執行方式

1. 全年執行人次目標
2. 全年申報金額估算
3. 治療計畫 (如：執行醫療服務單位身心障礙者的口腔狀況改善情形)
4. 維護計畫
5. 口腔衛生計畫
6. 經費評估
7. 成效預估
8. 機構醫療服務地點執行醫療服務單位的人數及服務診次
9. 後送醫院 (須為本計畫之進階照護院所)

(\* 每年度結束後 20 日內繳交期末報告，並由醫療團所屬縣市公會彙整後，函送牙醫全聯會審核，審核通過後始得延續執行下年度之計畫資格。)