[附件 11-3]

全民健康保險牙醫師至牙醫醫療資源不足地區巡迴服務計畫
「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：	醫事機構代號：
服務地點_____ 縣____鄉 村 _____國小	地址：
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）□一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔 （二）□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.家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查 □ D.參與並配合當地社區的總體健康營造活動 □ E.口腔衛生及疾病防制說明會	
服務醫師姓名　　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申報一次。 2. 執行照片三張。 3. 連同服務報酬申請表及事前申請同意函分送所屬本保險人分區業務組。