

## 全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區

## 「口腔衛生推廣服務」及「牙醫巡迴醫療服務」執行表

 執業計畫  巡迴計畫

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |              |
|--|--|--|--------------|
| 醫事機構名稱：  |  | 醫事機構代號：  |              |
| 服務地點 _____ 縣市<br>_____ 鄉村<br>_____ 國小  |  | 地址：  |              |
| 執行日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分至 _____ 時 _____ 分 合計 _____ 小時  |  |  |              |
| 服務對象 <input type="checkbox"/> 成人 <input type="checkbox"/> 國小學童 <input type="checkbox"/> 幼稚園學童  |  |  | 服務人數 _____ 人 |
| 服務項目： (一) <input type="checkbox"/> 一般治療為主，預防保健(A3 案件)為輔<br>(二) <input type="checkbox"/> 口腔衛生推廣服務<br><input type="checkbox"/> A. 正確刷牙及牙線指導<br><input type="checkbox"/> B. 含氟漱口水指導<br><input type="checkbox"/> C. 家戶訪視及口腔疾病和衛生檢查<br><input type="checkbox"/> D. 參與並配合當地社區的總體健康營造活動<br><input type="checkbox"/> E. 口腔衛生及疾病防制說明會 |  |  |              |
| 服務醫師姓名 _____ 簽名  |  | 附註：  |              |
| 醫事機構名稱 _____ 印 <input type="checkbox"/>  |  | 1. 口腔衛生推廣服項目每位醫師每月至多 3 小時。<br>2. 該診次如無法於巡迴點過卡(含診療人數為 0 人者)或僅執行口腔衛生推廣服務者，應檢附執行照片三張(服務醫師入鏡或可辨識巡迴地點之照片為佳)。<br>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。<br>4. 服務人數：含一般案件、預防保健(A3 案件)及口腔衛生推廣服務。 |              |