附件10-1

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)		分級：

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(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)	村(里)

執行成果

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:第一級3,500、第二級4,500、第三級7,500；假日: 第一級4,500、第二級5,500、第三級8,500		
護理人員報酬			平日: 1,200、假日: 1,700		
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：