

## 全民健康保險牙醫門診總額牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫

年 月 日至 年 月 日執行報告

## 一、申請單位：

1. 醫療團：\_\_\_\_\_牙醫師公會
2. 負責醫師：
3. 聯絡電話：(        )
4. 聯絡地址：□□□

## 二、急診醫院(牙醫急診試辦中心)：

1. 醫院名稱：
2. 電話：
3. 地址：

## 三、實際執行醫師人力

| 序號 | 醫師姓名 | 身分證字號 | 診所名稱 | 診所代號 | 聯絡電話 |
|----|------|-------|------|------|------|
|    |      |       |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |
|    |      |       |      |      |      |

## 四、執行情形：

|            | 平日 | 假日 | 總計 |
|------------|----|----|----|
| 排班醫師數      |    |    |    |
| 總診次        |    |    |    |
| 論次總費用      |    |    |    |
| 就醫人數       |    |    |    |
| 論量申報案件數    |    |    |    |
| 論量申報點數     |    |    |    |
| 平均每就醫人費用點數 |    |    |    |
| 平均每件費用點數   |    |    |    |

## 五、執行困境與建議：