

109 年度全民健康保險牙醫師至牙醫門診總額醫療資源不足地區

巡迴服務計畫期末報告

一、 巡迴醫療團：

二、 負責醫師：

三、 其他相關醫師：

四、 聯絡電話：()

五、 聯絡地址：□□□

六、 巡迴縣市	鄉鎮區	服務單位	病患數	醫療費用	巡迴期間
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月
縣市	鄉鎮區		人	\$	月至 月

合計服務單位數：

總人數

總經費

七、 個別醫師及診所服務量（不計點值，不計加成）

診所名稱	服務醫師	巡迴地點	病患數	申報點數	巡迴期間
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月
			人	\$	月至 月

八、 醫事人力及門診診數

人次 門診數

九、 現況報告

(一)巡迴地區醫療需求情況分析

(二)巡迴地區地理環境，就醫便利性，就醫率及達成目標成數

(三)口腔衛生保健服務情況（家護訪視、正確刷牙及牙線使用指導、含氟水漱口指導及口腔癌篩檢工作）

十、 巡迴醫療所遇問題及解決方針（詳實敘述）

十一、自我評鑑（優點及缺點）（請列項說明）

十二、檢討與建議（請詳實敘述）

十三、未來的展望及願景（請詳實敘述）

十四、書寫格式：以 word 形式建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，（標）楷書 14 號字型，橫式書寫。

十五、於計畫結束或年度結束 10 日內檢送至牙醫全聯會，並以電子檔傳送備查為原則。