

98 年度增進偏遠地區健保醫療服務計畫執行成果報告

所屬分局：

分局

填表日期： 年 月 日

基本資料	醫院名稱		聯絡電話	()
	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 村	執業型態	<input type="checkbox"/> 巡迴醫療

申請服務內容	計畫執行期間:自 年 月 日起至 年 月 日止，共 個月																			
	申請項目：																			
	1. <input type="checkbox"/> 巡迴醫療服務之診察費加一成：																			
	巡迴醫師科別：																			

巡迴醫師姓名：	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	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村	村

執行成果	申報經費概算：					
	項目	科目	數量 (單位:診/年)	單價	總金額	備註
	醫師診察費			平日:4,500 假日:5,500		
	配合巡迴護士			平日:1,200 假日:1,700		
	合計					

成果評估：	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	原計畫執行目標人次 達成比例

對本計畫之建議：